FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Mai 1908, à 1 heure

PAR

A. CHASSAING DE BORREDON

LE KRAUROSIS-VULVÆ ET SA Dégénérescence Épithéliomateuse

Président : M. POZZI, *professeur*

Juges MM. HUTINEL, *professeur*
AUVRAY, *agrégé*
NOBÉCOURT, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1908

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Mai 1908, à 1 heure

PAR

A. CHASSAING DE BORREDON

LE

KRAUROSIS-VULVÆ

ET SA

Dégénérescence Épithéliomateuse

Président : M. POZZI, *professeur*

Juges MM. HUTINEL, *professeur*
AUVRAY, *agrégé*
NOBÉCOURT, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Gynécologie à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Broca

Qu'il me soit permis, au moment de terminer mes études médicales, d'adresser un souvenir reconnaissant et respectueux à mes maîtres de la Faculté de médecine et particulièrement à M. le professeur Pozzi qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Je tiens aussi à exprimer mes remerciements les plus sincères à M. le Dr F. Jayle qui m'a inspiré le sujet de ce travail. La consultation de l'hôpital Broca (service du professeur Pozzi) où j'ai toujours trouvé le plus bienveillant accueil, a été pour moi un vaste champ d'observations : à celles que j'ai prises personnellement sont venues s'ajouter celles que M. Jayle a bien voulu me communiquer : qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance.

LE KRAUROSIS-VULVÆ

ET SA

Dégénérescence Épithéliomateuse

CHAPITRE PREMIER

Historique

Breisky, de Prague, donna pour la première fois en 1885 le nom de kraurosis « à une atrophie particulère de la vulve, dont la forme était peu connue » : *ueber kraurosis vulvæ, eine wenig beachtete Form von Hautatrophie am pudendum muliebre.*

Le mot de kraurosis avait été bien choisi par l'auteur pour désigner cette « rétraction qui atteint à des degrés divers et plus ou moins en même temps, le vestibule, les petites lèvres, le frein et le prépuce clitoridien, la surface interne des grandes lèvres jusqu'à la commissure postérieure et la peau du périnée ». Le symtôme essentiel était

ainsi nettement établi et cette description laissait la place libre aux modifications qui, tout en respectant le signe principal, pouvaient faire varier le tableau clinique.

Malheureusement Breisky ne s'en tint pas là, et voulant parachever son étude, il ajouta à la description du symptôme capital celle d'un symptôme qui se rencontre le plus souvent, mais n'a cependant qu'un caractère accessoire : nous voulons dire la leucoplasie.

Il mentionne l'état de la peau qui, « dans les endroits où la réaction est le plus prononcée, est blanchâtre et sèche, pourvue par places d'un épiderme épais, un peu rugueux, par exemple près du gland clitoridien, près du frein, sur le vestibule, alors que les parties cutanées avoisinantes sont lisses et sèches, gris-blanc rougeâtre et présentent par places des taches blanchâtres et des ramifications ectasiques vasculaires.

C'est le tableau du kraurosis leucoplasique et Breisky, en l'appelant uniquement kraurosis, eut le tort de combiner deux symptômes qui peuvent parfaitement exister l'un sans l'autre. Ce mauvais point de départ causa, dans la suite, comme nous le verrons, de graves erreurs. Les observateurs, ne connaissant le nouveau cas clinique que par la description donnée par Breisky, prirent comme lui la partie pour le tout et bien souvent nommèrent kraurosis ce qui n'était que leucoplasie.

Avant Breisky, Lawson-Tait, en 1875, avait paru décrire un cas semblable. Il s'agissait d'une affection consistant, disait-il, en une atrophie progressive de la muqueuse due à une altération vasculaire et nerveuse : *vascular degene-*

ration of the nymphal, with atrophy of the mucous membran.

La question resta longtemps dans l'obscurité. Le type clinique n'était pas nettement établi.

En 1886 Fleischmann donne une étude intitulée : *Beitrag zur Kraurosis vulvæ ;* deux ans plus tard Janowsky cite cinq observations. Dans toutes, il est fait mention de plaques leucoplasiques. D'ailleurs Janowsky eut affaire à des prostituées syphilitiques.

Il remarqua chez l'une d'elles âgée de vingt-neuf ans, des plaques muqueuses tant à la bouche qu'à la vulve, des syphilides maculeuses pigmentaires, des condylomes de la grande lèvre gauche.

Le kraurosis était caractérisé par l'absence du clitoris et du prépuce dans sa partie supérieure : les petites lèvres étaient réduites à l'état de bourrelets, l'orifice vaginal, rétracté. Des plaques d'épiderme nécrosé blanches et un peu nacrées se remarquaient tout autour.

Les autres cas cités par Janowsky ont trait à des femmes ayant aussi contracté la syphilis. Elles se plaignent de prurit et coït douloureux.

A l'examen, on remarque un orifice vaginal rétréci : sur la face interne des petites lèvres, se trouvent des taches soit rougeâtres, soit à l'aspect blanchâtre laiteux.

En 1890, paraissent les travaux d'Orthmann en Allemagne, de Smith et d'Ohmann-Dumesnil en Amérique : ils ne semblent pas éclairer nettement la question.

Ohmann-Dumesnil cite quatre observations : il s'agit de femmes atteintes de leucorrhée et présentant des déformations ou l'atrophie des grandes lèvres, la disparition des

petites lèvres, une certaine sténose de l'orifice vulvaire.

Chez les femmes dont Orthmann cite le cas, on remarque surtout des lésions de leucoplasie caractérisées par la présence sur les grandes lèvres de plaques blanchâtres, sèches, coïncidant parfois avec l'atrophie, la rétraction, l'étroitesse de l'anneau vulvaire.

A ces noms, il faut ajouter celui de Hallowell en 1891 ; puis viennent les études d'Adam (1893), de Martin qui, en 1894, publie trois observations, de Longyear (1898), de Gœrdes (1896), de Porter (1899).

Ph. Jung réunit en 1900, 60 cas dont 4 nouveaux proviennent de la clinique de A. Martin. Heller, la même année, cite un cas.

En 1901, nous trouvons le nom d'Ewald, en 1902, ceux de Darger et Trespe. Jung fait paraître un nouveau travail en 1903. Reed continue en 1904 l'étude commencée en 1894.

En France, parmi ceux qui ont le plus contribué à éclairer une question restée jusqu'alors obscure, nous devons citer les noms de notre maître, le docteur Jayle, aux travaux duquel nous avons largement puisé, de Bender, son collaborateur habituel, de Pichevin et Pettit, de Perrin, de Labusquière, d'Abadie, de Leroy des Barres, de Thibierge.

CHAPITRE II

Le Kraurosis vulvæ

Ce n'est pas une entité morbide : c'est un syndrome clinique caractérisé par l'atrophie scléreuse progressive des téguments cutanéo-muqueux de la vulve. Les grandes lèvres s'affaissent, les petites lèvres et le capuchon clitoridien ont disparu, la région vestibulaire est rétractée, l'orifice vaginal rétréci.

A ces lésions essentielles, peuvent venir s'ajouter, sous des influences diverses, des lésions accessoires, qui constitueront les variétés cliniques.

La rétraction qui est le caractère primordial du kraurosis a une marche lente et insidieuse : les différentes parties de la vulve ne sont pas toutes affectées en même temps. L'aspect extérieur est caractéristique et permet d'éviter la confusion avec les rétrécissements, sténoses et atrésies qui peuvent survenir, à la suite de déchirures produites par un accouchement laborieux, après des applications caustiques ou des brûlures, ou sont l'aboutissant de cicatrices de plaies dues à la gangrène, à l'esthiomène, aux ulcères syphilitiques. La recherche des antécédents suffira pour faire le diagnostic. L'atrésie congénitale sera facile à éliminer.

L'atrophie sénile, ce manque d'étoffe vulvaire, si nous pouvons nous exprimer ainsi, que l'on remarque chez les vieilles femmes, pourrait être confondue avec le kraurosis. L'erreur sera évitée en se rappelant que, d'après Martin, « la disparition des petites lèvres ne se remarque pas dans l'atrophie sénile : de plus, on ne constate pas au microscope la disparition des nerfs et des glandes, comme dans le kraurosis. F. Jayle déclare que « le kraurosis n'est pas la terminaison naturelle de l'évolution de l'appareil génital externe. Si les petites lèvres disparaissent, si l'entrée du vagin se sténose avec ou sans inflammation vasculaire ou folliculaire, il y a état pathologique, il y a kraurosis ».

On découvre le plus souvent le kraurosis au moment d'un examen gynécologique : parfois cependant ce sont certains symptômes douloureux, sur lesquels nous reviendrons, qui poussent les malades à venir consulter le médecin.

Ce sont des modifications importantes de conformation, de couleur, d'aspect général des parties constituantes de la vulve, qui frappent à première vue. Comme l'a dit Himmelfarb, « toutes les parties de la vulve ne sont pas toutes à la fois affectées ».

Mais, dans son ensemble, la vulve est décolorée, de couleur gris blanc, sèche, brillante. L'épiderme est épais et un peu rude. Dans le kraurosis essentiel on ne remarque ni eczéma, ni éruption, ni syphilis.

Les poils sont rares, courts, cassants.

Les grandes lèvres sont réduites : leur saillie a disparu : ce ne sont plus que deux replis qui se perdent insensiblement avec le tissu avoisinant.

Parfois, elles portent des plaques de leucoplasie, le plus souvent des coups d'ongle, lésions de grattage.

Les petites lèvres sont atrophiées : parfois elles disparaissent : quand elles persistent, elles présentent une muqueuse sèche, de couleur terne.

En général, elles sont ridées, ratatinées, réduites à deux bourrelets.

Diminuées dans toutes leurs dimensions, elles se continuent à la partie supérieure avec le clitoris qui présente à peu près les mêmes lésions.

Il est atrophié, rétracté : parfois le capuchon a disparu.

Entre le clitoris et l'urètre, on peut trouver le vestibule envahi par des brides dures et fibreuses qui partent de l'orifice urétral.

La fourchette est aussi déformée : portant parfois des cicatrices qui résultent de ruptures produites au moment de l'accouchement, elle présente souvent un aspect particulier décrit par Nonique dans sa thèse. C'est « l'aspect cordiforme » : la fourchette se rapproche de la partie antérieure de la vulve. Le périnée lui-même, dans certains cas, n'est pas indemne et présente une bride résistante.

L'orifice vaginal est rétréci : l'entrée du vagin a perdu toute souplesse : elle est dure, inextensible : quelquefois elle admet l'index, mais ne laisse jamais pénétrer deux doigts. Nous avons entendu citer le cas d'une femme chez laquelle l'introduction d'un seul doigt était impossible. Son orifice vaginal complètement rétracté laissait à peine la place suffisante à une canule dont l'introduction causait à la patiente de vives douleurs.

M. Thibierge, dans un travail tout récent, nous dit qu'il

a toujours été frappé dans l'examen des malades atteintes de kraurosis par un caractère spécial. C'est l'aspect lisse et brillant du tégument vulvaire dans toute son étendue. « Cet aspect lisse et brillant peut être très exactement comparé à celui de la surface extérieure du foie. » La couleur n'est pas uniforme. « Dans certains cas, les plus simples en apparence, le tégument de la vulve est blafard, jaune clair, tirant très légèremont sur le rose, et rappelle très exactement la couleur en même temps que l'aspect, de la surface d'un foie gras, en particulier du foie d'oie qu'on voit à la devanture des marchands de comestibles. On trouve souvent en outre des taches pigmentaires, généralement pâles et de petites dimensions. »

A côté de ces caractères essentiels que nous avons essayé de décrire : rétraction et atrophie plus ou moins accusées (parfois on a noté la disparition du mont de Vénus) rétrécissement de l'orifice vaginal, coloration variable, on peut remarquer d'autres modifications de la vulve qui, tout en n'étant qu'accessoires, ont un gros intérêt clinique. Elles ont permis à F. Jayle d'établir les variétés suivantes.

1° Kraurosis leucoplasique ou kraurosis blanc............................ { simple / syphilitique

2° Kraurosis inflammatoire ou kraurosis rouge............................ { folliculaire / vasculaire

3° Kraurosis sénile ;

4° Kraurosis post-opératoire.

Le kraurosis leucoplasique est, comme nous l'avons déjà dit, la forme que Breisky a décrite : le kraurosis et la leu-

coplasie peuvent coïncider, mais il ne semble pas qu'on puisse faire de l'une la suite de l'autre.

M. Thibierge, qui a eu l'occasion, à l'hôpital Broca, d'observer de nombreux cas de kraurosis, déclare n'avoir vu en aucun point, d'épaississement épidermique qui mérite le nom de « taches blanchâtres » qu'emploie Breisky.

Comme nous le verrons, dans l'exposé d'un examen histologique qui mettra en parallèle le kraurosis et la leucoplasie, « l'aspect de la muqueuse dans le kraurosis est trop spécial, trop diffèrent de la leucoplasie pour qu'on puisse admettre un rapport de causalité entre elles » et M. Thibierge dont nous citons ces lignes, « ne serait pas loin de croire que, dans certains cas de leucoplasie, des déformations et des rétractions de l'anneau vulvaire, ont pu en imposer pour un kraurosis qui n'existait pas ».

Le kraurosis inflammatoire est caractérisé par la présence de petits placards rouges dus à des arborisations vasculaires et dont la coloration tranche nettement sur celle de la vulve, que nous avons déjà décrite. L'aspect général reste le même : lisse et brillant. A côté de ces télangiectasies on remarque souvent l'inflammation des follicules qui occupent le vestibule de l'urètre ou l'entrée du vagin.

Nous avons déjà exposé, d'après Martin, les différences entre le kraurosis et l'atrophie séniles : il reste le kraurosis post-opératoire, qui ne présente pas de particularité spéciale, mais qui, observé par certains auteurs, leur a permis d'attribuer les lésions qui caractérisent le kraurosis à un trouble ou à l'absence de la sécrétion interne des ovaires.

Souvent le kraurosis ne se révèle qu'au moment de l'accouchement ou d'un examen gynécologique.

Les tissus rétractés et atrophiés de la vulve font obstacle à la tête fœtale qui sollicite le passage : ce dernier sera forcé grâce aux contractions utérines et abdominales. Il en résultera des déchirures parfois très graves, qui, non limitées à la vulve, peuvent intéresser le périnée et l'anus. La plupart du temps, ces déchirures sont mises sur le compte de la tête fœtale.

Le kraurosis sera reconnu quelquefois au moment d'un examen vulvaire fait chez une femme qui vient consulter pour une affection quelconque des organes génitaux.

Ce n'est pas à proprement parler, un cas de kraurosis que l'on observe : mais on assiste plutôt à la naissance de la rétraction. C'est le stade « prékaurotique » : la femme ne ressent aucune gêne du fait de ce commencement d'atrophie : la vulve seule a changé de coloration : l'épiderme est devenu plus rude : la vulve est en instance de kraurosis. La plupart du temps, cette période passera inaperçue.

D'autres fois, des symptômes plus nets forcent l'attention : la femme se plaint de douleurs au moment du coït, parfois même de l'impossibilité de tout rapport : un violent prurit la fait souffrir : les mictions sont douloureuses.

A la vulve, on remarque, outre les caractères que nous avons essayé de rapporter des fissures ou éraillures qui exagèrent les douleurs. Des lésions de grattage manifesteront la violence du prurit qu'il faudra rapporter à sa véritable cause, le kraurosis.

Ce symptôme pénible peut être, en effet, causé par des

affections bien différentes, et le diagnostic sera souvent difficile à faire.

L'altération de la sécrétion des glandes sébacées peut en être la cause ; plus profondément, les affections de l'urètre et de la vessie peuvent participer à sa production ; les sécrétions irritantes de l'utérus et du vagin ont les mêmes effets ; il en est de même de la glycosurie.

Il faut encore ajouter les causes locales : éruptions, furoncles, parasites.

Le prurit, et, dans quelques cas, la dyspareunie, précèdent les symptômes essentiels du kraurosis vulvaire : c'est à-dire la douleur ou l'impossibilité du coït, la souffrance au moment des mictions, la sensation de pesanteur que cet état provoque.

Certains auteurs se basant sur la précocité du prurit, lui ont fait jouer le rôle principal dans la pathogénie du kraurosis.

Veit et Bartels en particulier, pensent que les lésions de grattage occasionnées par le prurit et consistant probablement dans une certaine hyperplasie inflammatoire marqueraient le début : plus tard, les tissus s'atrophiant, apparaîtraient les caractères bien nets du kraurosis vulvæ.

C'est dans ces cas où les brûlures sont atroces que les femmes viennent d'elles-mêmes : le kraurosis n'est plus une trouvaille accidentelle : les douleurs et l'examen vulvaire mettent sur la voie du diagnostic.

Nous avons dit que quelques auteurs avaient voulu voir dans les lésions produites par un grattage invétéré, la phase de début du kraurosis.

D'autres comme MM. Gaucher et Louste mettent cet état

clinique sur le compte de la syphilis. D'autres admettent avec Janowsky qu'une gonorrhée de longue durée peut à elle seule produire le kraurosis par un processus analogue à celui des rétrécissements urétraux. Pour Jung, c'est le stade final d'une vulvite chronique.

C'est que le kraurosis vulvæ survient dans les conditions les plus diverses : sa pathogénie est loin d'être définitivement établie.

Quand on lit les observations parues sur cette question, on remarque que, pour la plupart, elles ont trait à des femmes présentant des écoulements provoqués par la blennorragie, des lésions de syphilis : chancres, ulcérations ou des poussées d'herpès, de l'érysipèle, de la bartholinite...

Mais toutes ces affections peuvent se remarquer chez des femmes qui ne sont jamais atteintes de kraurosis : seule, la syphilis, et la plupart des auteurs sont d'accord sur ce point, paraît jouer un rôle étiologique incontestable, sans qu'on puisse préciser la manière dont elle agit.

Des travaux récents de M. Jayle et de M. Thibierge, ont montré que le kraurosis pouvait relever de l'insuffisance des ovaires ou de leur ablation. L'ovaire, comme le testicule, comme le corps thyroïde, comme les capsules surrénales, est une glande à sécrétion interne et c'est la suppression de cette fonction qui jouerait le principal rôle. Or cette suppression peut être produite par l'ovariotomie double : on voit alors, dans certains cas (surtout chez les femmes jeunes) naître le kraurosis, comme on assiste au développement du myxœdème chez un malade ayant subi la thyroïdectomie totale.

La sécrétion interne sans être totalement supprimée

peut être altérée : c'est ce que l'on remarque dans l'atrophie ovarienne au début : Les ovaires ne s'atrophient pas rapidement chez toutes les femmes, dit M. F. Jayle : après la ménopause, ils continuent à fonctionner totalement ou partiellement au point de vue de la sécrétion interne, malgré la disparition des époques menstruelles. Ainsi s'expliquerait comment le kraurosis survient tantôt chez des femmes encore jeunes, tantôt vers la ménopause ou après elle : il serait lié à l'état de l'ovaire.

« L'ovaire existant toujours anatomiquement, mais ayant disparu physiologiquement » (atrophie) on peut voir paraître le kraurosis, de même que l'on remarque l'atrophie des organes génitaux chez un individu atteint d'insuffisance testiculaire.

On distinguera donc le kraurosis post-opératoire et le kraurosis de la ménopause dont M. Thibierge a publié plusieurs cas. Les symptômes fonctionnels de ces deux variétés cliniques sont à peu près nuls : l'étroitesse vulvaire est la seule gêne. Le prurit et la dyspareunie ne feront leur apparition que s'il survient des lésions de kraurosis vasculaire ou folliculaire.

Somme toute, l'étiologie du kraurosis est assez obscure : on le remarque aussi bien chez les adultes que chez les femmes âgées, chez les vieilles de soixante-deux ans (cas de Mars) que chez les vierges (Veit, Neller) chez les femmes mariées pendant la grossesse et en dehors d'elle. Comme nous l'avons déjà dit, nous pensons avec M. Jayle qu'il faille mettre au premier plan deux causes principales : la syphilis et la suppression de la sécrétion ovarienne.

TRAITEMENT. — Le traitement du kraurosis vulvaire

sera la plupart du temps médical : dans certains cas, le chirurgien devra intervenir.

La propreté la plus grande devra être observée : bains de siège, injections fréquentes et adoucissantes (infusions de tilleul, de camomille). Si l'on remarque un écoulement utérin, il y aura lieu de traiter cette métrite concomitante.

S'il s'agit de kraurosis folliculaires, M. F. Jayle conseille la cautérisation de tous les points enflammés à la solution de permanganate concentré.

Dans le cas de kraurosis syphilitique et si les lésions sont récentes on peut retirer un bon résultat du traitement spécifique.

On a encore préconisé les applications locales de tanin, d'acide salicylique, etc.

Dans le cas de plaques leucoplasiques persistantes, le traitement chirurgical est conseillé et devra consister en une ablation large des parties atteintes. De même, dans le cas de dyspareunie.

Heitzmann gratte à la curette les parties touchées par la leucoplasie et pratique des attouchements avec du sesqui-chlorure de fer ou de l'acide acétique, de l'acide salicylique, de l'acide pyrogallique à 6 0/0. Orthmann excise tout ce qui est atteint et réunit au catgut les surfaces cruentées.

La partie la plus délicate de l'opération réside dans la reconstitution autoplastique de l'orifice vaginal.

OBSERVATIONS I à IV (Ohmann)

Obs. I. — Femme de quarante-neuf ans ménopausée, atteinte de leucorrhée : les grandes lèvres sont recouvertes par places de plaques épidermiques, blanchâtres, sèches.

Obs. II. — Femme de soixante-six ans, ménopausée il y a vingt ans : également des plaques blanchâtres sur les grandes lèvres.

Obs. III et IV. — Femmes de vingt-quatre et vingt-six ans présentant lésions d'atrophie, de rétraction, d'étroitesse de l'anneau vulvaire.

OBSERVATION V (Peter)

Femme de cinquante et un an opérée par Martin pour un polype urétral : elle est atteinte de kraurosis : la coloration gris argent mat occupait une zone circulaire et tranchait surtout dans la région du clitoris et de la commissure postérieure. L'examen histologique montra des lésions d'atrophie de l'épiderme et des couches superficielles du derme.

OBSERVATIONS VI à IX (Ohmann-Dumesnil)

Obs. VI. — Prostituée de trente ans atteinte de déformation des grandes lèvres, « les petites lèvres et le clitoris étant presque à l'état normal ».

Obs. VII. — Sténose de l'orifice vulvaire avec disparition des petites lèvres et atrophie du clitoris chez une femme de soixante et onze ans atteinte de leucorrhée, et, de temps en temps, d'herpès et d'urticaire sur la face interne des grandes lèvres.

Obs. VIII. — Jeune fille atteinte de leucorrhée chronique, présentant de l'atrophie du mont de Vénus et de la partie inférieure des grandes lèvres.

Obs. IX. — Femme de vingt-sept ans dont tout l'appareil génital externe est frappé d'arrêt de développement sans aucun autre symptôme morbide.

OBSERVATION X (Jayle)

Kraurosis au début et vitiligo chez une femme de quarante-neuf ans ayant eu trois enfants, ayant subi à quarante-sept ans l'ablation de l'utérus (fibrome) et des ovaires (ovarite scléreuse atrophiante).

Le vitiligo a débuté deux ans avant l'opération, en même temps qu'ont apparu les douleurs abdominales, mais s'est surtout développé depuis.

Le début du kraurosis est difficile à préciser ; le rétrécissement de l'orifice vaginal a été remarqué par la malade depuis cinq à six mois.

Les poils sont atrophiés (1 cm. 1/2 de long), et deviennent de plus en plus courts : ils sont en partie décolorés.

La peau des grandes lèvres et celle du pli fémoral est mani-

festement épaissie, présentant par places l'aspect cicatriciel et de petites taches rouges, indice d'inflammation.

Les grandes et les petites lèvres sont, en presque totalité, dépigmentées.

La muqueuse vestibulaire présente, dans son ensemble, une teinte pâle d'anémie, un point rouge au niveau des glandes de Bartholin, trois petits points rouges répondant à des follicules sur la ligne médiane, entre le clitoris et le méat, une légère rougeur à droite et à gauche de l'urètre, au niveau des dépressions contenant les glandes folliculaires.

La muqueuse vaginale est un peu pâle à l'entrée, normale dans le fond. Il existe aussi quelques petites plaques de vitiligo, à la face postérieure du poignet gauche, à la face dorsale des quatre premiers doigts de la main gauche, sur le front et sur la nuque, à droite.

OBSERVATION XI (Thibierge)

Etat lisse de la vulve avec télangiectasies nombreuses, chez une femme castrée, il y a cinq ans.

OBSERVATION XII (Thibierge)

Kraurosis : atrésie légère de l'orifice vaginal. Etat lisse de la vulve chez une femme ménopausée, il y a six ans.

OBSERVATION XIII (Résumée) (Jayle)

Syphilis. — Leucoplasie buccale et génienne. — Kraurosis leucoplasique. — Leucoplasie anale. — Léger rétrécissement de l'orifice buccal. — Sténose de l'orifice cervical externe du col. — Rétrécissement du rectum.

J. L..., trente-huit ans : vient à la consultation de l'hôpital Broca en mai 1905. Réglée à douze ans. Accouchement à dix-huit ans d'un enfant qui meurt d'entérite à deux ans.

En 1896, la malade a été soignée dans le service de M. Brocq pour des lésions syphilitiques secondaires : à sa sortie de l'hôpital, elle n'a pas continué le traitement antispécifique.

En 1902 : abcès anal qui fut opéré sans qu'on ait fait un examen complet du rectum.

Au moment actuel, on est frappé par l'aspect de flétrissure de toute la vulve et sa coloration blanc violacé, présentant par places de petites taches nettement blanches. Le système pileux est à peu près normal, mais les grandes lèvres sont ridées, les petites atrophiées.

L'orifice vaginal est seulement un peu rétréci. Toute la muqueuse de la région est sèche et luisante.

Le diagnostic de kraurosis leucoplasique s'impose, tous les caractères de cette affection se trouvant réunis.

En examinant l'anus on voit une plaque blanche, assez large, de leucoplasie anale.

Au spéculum : sténose de l'orifice cervical externe.

Le toucher rectal fait constater à 3 ou 4 centimètres de l'anus un rétrécissement du rectum infranchissable.

L'examen de la bouche permet de constater de la leucoplasie linguale avec un aspect mamelonné de la langue à la pointe et sur les bords. Sur les joues, près des commissures, on trouve également de chaque côté des plaques opalines : une leucoplasie génienne accompagne donc la leucoplasie linguale.

La malade ouvre moins largement la bouche qu'autrefois : il y a certainement un rétrécissement buccal.

OBSERVATION XIV (Jayle)

Kraurosis inflammatoire ou kraurosis rouge

Femme de trente-cinq ans. Les grandes et les petites lèvres sont atrophiées.

L'orifice vaginal est très étroit, d'aspect cordiforme ; le bord en est rigide, peu extensible. De nombreuses petites taches, rappelant la couleur de la tacheture des truites ou celle de certaines briques sont disséminées sur tout le pourtour.

OBSERVATION XV (Inédite)

Mme M..., cinquante et un ans, vient consulter à l'hôpital Broca, le 4 octobre 1907.

Réglée à quinze ans. Les règles sont irrégulières, douloureuses, durent deux ou trois jours : il n'y a pas de caillot. Le sang est peu coloré et peu abondant. Ni grossesse, ni fausse couche.

En 1893, la malade se plaint de violentes douleurs dans le côté gauche, intermittentes, se passant par le repos.

Ces douleurs s'exaspèrent et M. Pozzi exécute l'ovariotomie double en avril 1893.

Depuis l'opération, la malade se plaint de bouffées de chaleur pendant la nuit, il n'y a pas de céphalée, ni d'insomnie, ni de cauchemars.

La malade a maigri : ses forces diminuent, sa sensibilité et l'émotivité ont augmenté. La mémoire baisse.

Il y a un léger degré de ptose intestinale, et à l'examen gynécologique, on remarque un kraurosis accentué. La muqueuse a l'aspect pâle, l'orifice vulvaire est rétracté.

L'utérus est petit, le col présente un orifice sténosé, infranchissable au stylet.

OBSERVATION XVI (Nonique)

Kraurosis rouge

Femme M..., mécanicienne.

Cette malade qui est âgée de soixante-dix-sept ans, a été mariée et a eu deux accouchements normaux à un an d'intervalle. Réglée à quatorze ans. Ses règles ont toujours été régulières, peu abondantes, non douloureuses. La ménopause qui a eu lieu à quarante-six ans s'est effectuée sans troubles particuliers. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Elle a eu dans sa jeunesse la fièvre typhoïde et un érysipèle de la face.

A l'examen, les grandes lèvres paraissent de dimension normale, mais elles sont affaissées, flasques, recouvertes de poils

grisonnants et rares. Elles ont un aspect blanchâtre, uniforme. Les petites lèvres présentent la même coloration, mais sont ratatinées, amincies, rétractées vers le haut.

Dans son ensemble, la vulve est pâle et atrophiée.

L'entrée du vagin, les grandes lèvres étant écartées, offre un aspect infundibuliforme. Il semble qu'une rétraction lente se soit produite qui en ait rétréci l'orifice. En effet, on remarque au-dessous de la nymphe droite, suivant le pourtour de l'orifice vaginal, l'existence d'une sorte de bande de tissu de sclérose qui donne au toucher, une sensation ferme, résistante. Cet anneau de sclérose n'est pas complet, car, au delà de la commissure postérieure, il est à peine marqué du côté gauche.

On constate également sur la muqueuse vulvaire, après avoir écarté les lèvres, plusieurs taches rougeâtres à bords nettement limités, non surélevés au-dessus de la muqueuse normale, peu sensibles au toucher et ne disparaissant pas à la pression, plus nombreuses à gauche qu'à droite, entourées de taches plus petites, ne dépassant pas le diamètre d'une lentille, arrondies, sorte de piqueté hémorragique ; taches qui augmentent de nombre à mesure qu'on pénètre dans le vagin, si bien qu'une valve étant mise en place, celui-ci apparaît comme criblé sur toutes ses parois, de taches ecchymotiques. Ces pigmentations hémorragiques ne disparaissent pas par la pression. Le col présente également des taches de même nature.

OBSERVATION XVII (Heitzmann)

Femme mariée, cinquante-huit ans, présentant à la vulve quelques taches à aspect blanchâtre parcheminé, disséminées sur les muqueuses des grandes et petites lèvres. Prurit intense.

OBSERVATION XVIII (Janowsky)

Femme mariée, trente et un ans, syphilitique. Prurit intense. Pertes vaginales. Douleurs intenses pendant le coït.

Disparition complète des petites lèvres. La muqueuse est tendue et lisse. Clitoris atrophié. Orifice vaginal très petit. Sur a muqueuse de l'orifice vaginal, nombreuses taches à aspect blanchâtre laiteux.

OBSERVATION XIX (Bartels)

Femme mariée, âgée de vingt-huit ans. Ni syphilis, ni tuberculose. Prurit vulvaire et, à la suite du grattage, certaine dureté et sécheresse des lèvres. Le coït est difficile. Les petites lèvres ont presque complètement disparu. Le frein du clitoris est représenté par une fente au-dessus du clitoris rudimentaire. La partie interne des grandes lèvres et ce qui reste des petites lèvres sont couverts d'un épithélium dur et sec qui se continue jusqu'au bord supérieur du vagin et l'orifice urétral, et se présente sous forme d'îlots plus ou moins grands.

OBSERVATION XX

Kraurosis après ablation des annexes

Mme S..., trente-sept ans. Vient consulter à Broca le 4 octobre 1905. La malade a été réglée à seize ans. Les règles étaient régulières, douloureuses : elles duraient deux jours et étaient peu abondantes. En 1903, pertes et annexite. M. Jayle a pra-

tiqué dans le service du professeur Pozzi, l'ablation bilatérale des annexes, vers le 15 janvier 1904.

La malade se plaint de douleurs sourdes dans l'abdomen : le coït est impossible à cause de la souffrance qu'il provoque.

Elle accuse des bouffées de chaleur, des sueurs : elle est triste, a des idées noires. La mémoire n'est pas diminuée. Le besoin de sommeil est parfois invincible. La malade est atteinte d'asthénie neuro-musculaire.

A l'examen gynécologique, le système pileux paraît non décoloré, mais moins fourni. Les grandes lèvres sont normales ; les petites, courtes, mesurant environ 1 cm. 1/2 du clitoris à leur terminaison sur 4 millimètres de hauteur à gauche et de 5-6 millimètres à droite. Le clitoris et le capuchon clitoridien sont normaux. Le vestibule présente un aspect pâle et anémique.

Tout autour de l'anneau vulvaire, la teinte est légèrement brique, diffuse, sans grande accentuation en aucun point. Le méat est normal, l'orifice vulvaire en forme de cœur de carte à jouer mesure environ 1 cm. 1/2 de diamètre. La muqueuse vaginale est pâle.

De tout temps, les rapports ont été difficiles : depuis l'opération, ils sont impossibles. La malade se plaint de prurit vulvaire depuis neuf à dix mois. La sensation de cuisson est vive, la muqueuse sèche. L'introduction de l'index sans vaseline est douloureuse.

Au toucher qui provoque une sensation de cuisson, on sent le col petit, déjeté en rétroposition.

D'une façon générale, le vagin est un peu rétréci sans cependant grande modification.

OBSERVATION XXI (Inédite)

Kraurosis après castration

Mme L..., vingt-neuf ans. Vient consulter à Broca, le 29 février 1908.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quarante ans : éthylisme.

Mère morte à la suite d'une affection cardiaque.

Antécédents personnels. — On relève dans le passé pathologique de la malade la coqueluche, la rougeole, une attaque de rhumatisme articulaire.

Réglée à quatorze ans. A vingt-cinq ans, elle a un enfant après huit mois de grossesse.

Cette grossesse l'a fait beaucoup souffrir. L'enfant se porte assez bien. Pendant la grossesse, deux dilatations forcées de l'anus pour fissure anale. Quelque temps après l'accouchement la malade se plaint de douleurs très vives dans le ventre : elle a des pertes jaunes.

Elle est soignée alors (trois mois après son accouchement) à Lariboisière pour une salpingite. On lui fait des pansements pendant six mois. Elle est traitée ensuite à Necker : pansements et instillations dans la vessie pour cystite.

Il y a un an (14 février 1907), M. Pozzi lui enlève l'ovaire gauche et les trois quarts de l'ovaire droit, la malade voulant avoir encore un enfant. Deux mois après, M. Dartigues pratique l'hystérectomie abdominale totale. La partie d'ovaire restant, présente deux petits kystes.

Elle accuse à l'heure actuelle des douleurs dans le côté gau-

che et au niveau de la cicatrice. Elle dit être soignée pour ulcère de l'estomac et constipation.

Depuis l'opération, elle se plaint de bouffées de chaleur et accuse un état névrosthénique développé surtout par la connaissance du diagnostic d'ulcère de l'estomac qui a été fait devant elle.

A l'examen gynécologique, on trouve le méat rouge : la vulve commence à prendre une teinte rouge-jaunâtre avec de petites taches noires localisées surtout au niveau des conduits excréteurs des glandes de Bartholin. Ce sont des lésions de kraurosis. Au toucher vaginal, on sent au niveau de ce qui était le cul-de-sac latéral droit une petite bride : les rapports conjugaux sont douloureux. Le vagin commence à se rétrécir.

OBSERVATION XXII

Kraurosis avec annexite

Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans ayant fait en 1901 une fausse couche de trois mois. Depuis ce moment, elle se plaint de pertes blanches tachant le linge et de douleurs abdominales. Depuis novembre, les règles sont remplacées par des pertes blanches. Jusqu'à cette époque, elles étaient régulières, abondantes ; elles ont diminué petit à petit.

La malade est irritable, a des idées noires, de la faiblesse dans les jambes, peu de force; elle a beaucoup maigri et se plaint de constipation.

L'entrée de la vulve est rétrécie : on remarque des plaques rouges et blanches de kraurosis. Le toucher fait diagnostiquer une annexite droite.

OBSERVATION XXIII (Thibierge)

Kraurosis : atrésie manifeste de l'orifice vaginal. — Etat lisse de certaines parties de la vulve et légères télangiectasies, chez une femme de trente-neuf ans encore réglée.

G..., trente-neuf ans, entre à l'hôpital pour une syphilis récente.

Système pilaire de la région pubienne développé.

Pigmentation considérable de la région péri-anale, des grandes lèvres et de la face externe des petites lèvres.

Grandes lèvres peu développées.

Les petites lèvres forment un repli de 3 à 4 centimètres de large à surface granuleuse.

Entre le clitoris et l'urètre, le tégument est brillant, ressemblant à la surface d'un foie gras : à peine voit-on quelques plis superficiels de coloration jaune légèrement rosée avec deux traînées pigmentaires jaunâtres.

Le pourtour de l'orifice vulvaire présente le même aspect avec, par places, quelques dilatations vasculaires.

L'urètre est large, un peu vasculaire, sans fongosités.

L'orifice vaginal admet facilement un doigt, mais l'introduction d'un deuxième doigt provoque une douleur assez prononcée.

Les caroncules sont tres apparentes, épaisses, brillantes.

La muqueuse vaginale est un peu décolorée.

La muqueuse de la voûte du palais est jaunâtre, brillante, avec quelques arborisations vasculaires.

Les règles ont toujours été régulières.

OBSERVATION XXIV (Thibierge)

Kraurosis : atrésie prononcée de l'orifice vaginal. — Etat lisse de la vulve chez une femme castrée depuis quinze ans.

O..., quarante-trois ans, couturière.

Entre le 11 juin 1907 pour une blennorragie avec pertes abondantes.

Le système pileux du pubis est assez développé, mais l'était beaucoup plus avant l'opération que la malade a subie.

Les grandes lèvres sont étalées, peu saillantes, de coloration brunâtre avec plusieurs taches blanches cicatricielles consécutives à des lésions sur lesquelles la malade ne peut donner de renseignements précis.

Les petites lèvres sont en partie effacées : elles n'existent guère qu'à leur partie supérieure.

Le capuchon du clitoris est mince, souple.

Le pourtour de l'orifice vulvaire est pigmenté. La pigmentation s'arrête presque brusquement et régulièrement en dedans des petites lèvres.

Sur les petites lèvres, la vulve, l'entrée du vagin, le tégument est lisse, brillant, décoloré, d'un blanc jaunâtre tirant sur le brun, avec, par places, une vascularisation irrégulière ayant l'aspect de petites varicosités ; l'aspect rappelle celui de la surface du foie et, lorsqu'on tend les téguments, ils prennent la coloration du foie gras.

Au pourtour de l'urètre, l'aspect est le même.

La muqueuse de l'urètre fait une légère saillie rouge turgescente.

L'orifice vaginal est manifestement rétréci : il ne laisse passer que l'index.

Toute la muqueuse vaginale est lisse, brillante, peu colorée.

La cicatrice de l'ablation du col est au contraire rouge.

La malade a eu quelques démangeaisons vulvaires, avant d'être atteinte de blennorragie.

Sur tout le corps, la peau est sèche et lisse. Pas de kératomes séniles, en aucun point du tégument. Pigmentation diffuse légère du visage, avec exagération au niveau des joues et du front.

Antécédents. — Etait bien réglée ; a subi il y a quinze ans une hystérectomie avec ablation des annexes.

Depuis l'opération, a fréquemment des bouffées de chaleur ; les seins se sont sensiblement atrophiés.

OBSERVATION XXV (Thibierge)

Kraurosis très développé avec prurit vulvaire, état lisse de la vulve, avec télangiectasies, chez une femme castrée depuis vingt-deux ans.

OBSERVATION XXVI

M. Rodocanachi décrivit en 1905 un cas de kraurosis observé par lui. La malade se plaignait d'une petite tumeur molle, qu'elle avait remarqué depuis deux mois, au niveau de la partie antérieure de la vulve. A l'examen, on reconnut que cette tumeur était formée par le clitoris et son prépuce ; il y avait en outre un peu de tuméfaction de la partie antérieure des petites lèvres. La peau présentait une légère coloration

brunâtre par places ; ailleurs, elle était lisse et blanche. Il y avait un peu d'eczéma. Le diagnostic était hésitant entre un chancre induré et un cancer au début. Le traitement mercuriel ayant échoué, on pratiqua l'excision complète du clitoris et du prépuce.

L'examen des tissus montra des lésions caractéristiques de kraurosis. Le tissu sous-cutané était rempli d'un exsudat inflammatoire ; infiltration considérable de petites cellules rondes. Rien de nature épithéliomateuse. Les modifications atrophiques que l'on constate habituellement à l'œil nu ont été masquées, dans ce cas, par le gonflement du clitoris, du prépuce, des lèvres. Ce gonflement était secondaire et de nature inflammatoire.

(*North of England obstetrical and gynæcological society.*)

OBSERVATION XXVII (inédite)

Kraurosis chez une femme ayant subi l'hystérectomie totale

G..., domestique, 22 ans, vient consulter à l'hôpital Broca, le 12 mars 1908.

La malade a des parents bien portants : dans ses antécédents personnels, elle ne présente qu'une fièvre typhoïde survenue à l'âge de dix-sept ans.

Réglée à dix-sept ans : les règles ont toujours été régulières et non douloureuses.

A dix-huit ans, première grossesse à terme : enfant vivant.

A vingt ans, deuxième grossesse à terme : enfant également vivant.

A la suite de cette seconde grossesse la malade présente de la leucorrhée : le diagnostic est fait de salpingite et l'hystérec tomie totale est pratiquée à Broca en mai 1907.

La malade se porte bien depuis l'opération mais souffre de bouffées de chaleur et de sueurs : le caractère est troublé.

Les bouffées de chaleur sont suivies de bourdonnements d'oreille et de poussées de sang à la tête. Ces bouffées surviennent principalement après les repas. Le sommeil est troublé par des cauchemars ; la mémoire est affaiblie. La malade a engraissé. Elle est triste. Depuis huit jours elle se plaint de douleurs dans le ventre.

A l'examen gynécologique, on trouve une vulve sèche. L'hymen est rétracté. Le méat urinaire est rouge. On remarque des placards rouges disséminés autour de l'hymen et des petites lèvres. Les rapports sexuels sont douloureux et le désir vénérien amoindri.

OBSERVATION XXVIII

(MM. Jayle et Bender. — Extraite du *Bulletin de la Société anatomique* de Paris, 1905.)

Mme P..., âgée de quarante-trois ans, ménagère, mariée. A été réglée à seize ans. Les règles ont cessé sans cause appréciable pendant près d'une année, puis ont réapparu mais ont toujours été irrégulières, peu abondantes, douloureuses.

Cette femme n'a jamais eu d'enfants, n'a pas fait de fausses couches, n'accuse aucune maladie antérieure, n'est pas spécifique, mais dit avoir toujours eu depuis sa puberté des pertes

blanches, abondantes, surtout vers la vingtième année. Elles ont toujours persisté, mais moins abondantes.

9 juin 1896. — On fait à la Salpêtrière un curettage. Trois ans après, en mars 1899, dans le même hôpital, M. le professeur Segond fit à la malade une hystérectomie vaginale.

En 1901, entrée à l'hôpital Broca, la malade y reste trois mois.

Le traitement suivi est douches, bains sulfureux, électricité.

La malade présentait probablement à cette époque des symptômes d'insuffisance ovarienne.

20 juin 1905. — La malade vient à la consultation gynécologique de l'hôpital Broca (service de M. le professeur Pozzi).

Etat général. — Malade un peu maigre, d'esprit obtus, de condition sociale pauvre.

La malade a tous ses appareils normaux. A noter toutefois qu'elle est variqueuse.

Elle se plaint de douleurs vagues dans tout le corps et particulièrement dans le ventre, dans toute la région hypogastrique. Elle accuse aussi des douleurs dans la région vulvaire.

En l'interrogeant, elle nous apprend qu'à la suite de l'hystérectomie vaginale, environ trois ou quatre mois après, elle ressentit du prurit vulvaire. Des démangeaisons locales qu'elle n'avait jamais eues jusque-là devinrent assez intenses, surtout le soir. Elle avait en même temps une sensation de pesanteur dans le bas ventre. Le coït qui, jusqu'à cette époque, n'avait amais été douloureux, le devint et les rapports conjugaux furent presque impossibles. La malade affirme catégoriquement que ce prurit et ces douleurs pendant les rapports n'avaient jamais existé avant l'opération.

Examen local. — Les poils des organes génitaux sont peu nombreux, courts (ils ne l'auraient pas été auparavant) d'une longueur de 1 centimètre et demi à peine. Ils sont de coloration normale. Les grandes lèvres sont de volume et de consistance normaux. Elles sont fermes au toucher, non décolorées. Les nymphes sont atrophiées, amincies, comme ratatinées. La nymphe droite sur laquelle l'atrophie est la plus accentuée est plus petite que la gauche dans le sens transversal et longitudinal. Le clitoris et son capuchon sont normaux.

L'orifice vaginal apparaît rétréci dans son ensemble et tend à prendre un aspect cordiforme. De chaque côté de cet orifice, on constate la présence de tâches rougeâtres s'effaçant sous une forte pression, à l'exception d'un piqueté hémorragique qu persiste particulièrement à gauche. De ce même côté, les taches sont moins grandes que du côté opposé où il existe une tache principale accompagnée de taches plus petites, la principale mesurant environ 1 centimètre et demi de longueur, sur un demi centimètre de largeur. Les taches des deux côtés sont reliées entre elles par une traînée rougeâtre, qui suit la commissure postérieure.

Ces taches cessent brusquement à l'entrée du vagin, ou du moins il n'en existe que quelques points hémorragiques le long des parois.

Dans leur ensemble, les parties génitales de cette malade sont atrophiées, n'offrant pas la coloration rosée normale. Elles sont d'une extrême sécheresse.

L'intromission du doigt dans le vagin et le toucher sont douloureux, principalement sur le cul-de-sac gauche. Le vagin est court : au fond on sent la cicatrice irrégulière ayant amené un rétrécissement conique du fond du vagin et déterminé des

brides. On peut introduire un spéculum, mais avec peine et, une fois introduit, il est impossible de l'ouvrir.

Le 24 juin 1905 on pratique une biopsie.

Examen histologique résumé. — Fixation au sublimé acétique, inclusion à la paraffine. Colorations : hématine-éosine, hématoxyline van Gieson, orcéine. A un fort grossissement, on remarque que les cellules les plus superficielles sont plus kératinisées que normalement. L'ordination des cellules de la couche de Malpighi est fréquemment bouleversée par des amas d'infiltration leucocytaire qui s'enfoncent plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la couche épithéliale. Immédiatement au-dessous du revêtement épithélial, on trouve des vaisseaux à parois très minces, à cavité large et béante, remplie de globules sanguins.

Ces vaisseaux s'encastrent pour ainsi dire dans l'épaisseur de la couche épithéliale et, en certains points, ils ne sont séparés de la superficie que par trois ou quatre couches de cellules pavimenteuses. Ces points correspondent aux taches rougeâtres ou ecchymotiques constatées à l'examen clinique.

Sclérose assez accentuée du derme. Le processus de sclérose porte en grande partie sur les fibres élastiques ; celles-ci sont manifestement très hyperplasiées. Il y a aussi une hyperplasie très marquée de la charpente élastique des vaisseaux.

CHAPITRE III

Kraurosis et Leucoplasie

La leucoplasie peut être considérée comme une kératinisation de la muqueuse consécutive à un travail irritatif relevant de causes diverses.

Cette lésion qui, portant principalement sur l'épiderme, se manifeste aussi du côté du derme, est connue depuis relativement peu de temps.

En 1837, Plumbe signale l'ichtyosis linguæ : plus tard, en 1858, Ulmann crée le nom de tylosis linguæ pour caractériser des formations cornées correspondant à la forme kératosique du psoriasis lingual que Bazin devait décrire en 1864. Debove, dans une thèse parue en 1873 distingue la maladie du psoriasis vrai. Schvimmer en fait en 1877 une affection idiopathique à laquelle il donne le nom de leucoplakia buccalis. Enfin, Vidal en 1883 change ce terme pour faire adopter un mot plus euphonique : leucoplasie.

Parmi les travaux parus sur cette question et qui ont particulièrement trait à la leucoplasie vulvo vaginale, nous devons citer ceux de Weir qui, en 1880, rapporte le premier cas de leucoplasie se localisant à la vulve, puis la thèse de Bex parue en 1887 dans laquelle nous avons

trouvé de nombreuses observations dues à Reclus, en 1905, la thèse de Vérani qui étudie les rapports du kraurosis avec la leucoplasie. Il faut ajouter les noms de Pichevin et Pettit, de Letulle, de Perrin, Le Dentu, Bender, etc. On sait que Breisky, dans la description qu'il fit du kraurosis en 1885, avait ajouté à la rétraction de la vulve, des lésions de leucoplasie, pensant que ces deux modifications vulvaires : rétraction et plaques blanches devaient être englobées sous le même titre : kraurosis.

Nous avons déjà laissé entendre que le kraurosis vulvæ avait des caractères nettement différenciés de ceux de la leucoplasie : il nous semble que le moment est venu d'essayer d'établir, en nous inspirant des travaux parus sur ce sujet, les lésions histologiques dont relèvent le syndrome clinique, kraurosis, et l'affection souvent surajoutée : leucoplasie.

Macroscopiquement, la leucoplasie se caractérise par la présence, sur certaines muqueuses, de plaques blanchâtres, nacrées, psoriasiformes. A la vulve, elle siège sur la face interne des grandes lèvres, sur les petites lèvres, sur le clitoris et le vestibule. Les plaques sont irrégulières d'un blanc tantôt jaunâtre, tantôt nacré. Quelquefois, il existe un placard unique ; le plus souvent, ce sont des plaques nombreuses espacées, séparées ou reliées entre elles par une bande de leucokératose.

Perruchet cite le cas d'une plaque de leucoplasie entourant le clitoris comme d'un fer à cheval.

Histologiquement, la leucoplasie, quand on a affaire à des plaques récentes, sans dégénérescence épithéliale, est

caractérisée par des modifications épidermiques et dermiques. Pichevin et Pettit ont remarqué :

1° Le feutrage du derme ;

2° La multiplication des cellules de la couche à éléidine ;

3° L'hypertrophie de la couche cornée ;

4° La diffusion de l'éléidine dans les couches sous-jacentes.

Le tissu conjonctif du derme est nettement enflammé : mais les lésions principales sont celles de l'épiderme. En outre de la multiplication considérable des cellules à éléidine hypertrophiées, toutes les cellules sous-jacentes à ces dernières sont kératinisées et leur épaisseur est sensiblement égale à la moitié de la hauteur de l'épiderme. Les éléments sous-jacents aux cellules à éléidine ont un noyau souvent altéré et une forme irrégulière : on constate sur certains points la présence d'éléidine diffuse. C'est essentiellement une lésion de l'épiderme.

Dans le kraurosis, les parois des vaisseaux sont épaissies ; les nerfs également atteints : tous les cordons nerveux sont étroitement comprimés par le tissu conjonctif ; la dégénérescence du nerf s'accuse de plus en plus. Il semble que l'on pourrait rapprocher ces altérations des nerfs, des sensations de prurit si violentes dont souffrent les malades.

Si l'on veut comparer dans un tableau les lésions principales qui caractérisent le kraurosis et la leucoplasie, on verra que tous deux relèvent de l'inflammation chronique. L'étude d'une plaque de leucoplasie montre de l'hyperacanthose, de l'hyperkératose, de l'hypergranulose. Dans

le kraurosis, les lésions sont surtout localisées au derme : l'hyperkératose n'est qu'accessoire.

Leucoplasie

1° Hyper et parakératose.

2° Acanthose très marquée.

3° Couche granuleuse épaisse.

4° Couche germinative formée de cellules cylindriques.

5° Papilles minces et allongées.

6° Tissu conjonctif lâche, relativement pauvre en élément élastiques. *Processus progressif.*

Kraurosis

1° Kératinisation plus ou moins accentuée. Couche cornée sans stratification.

2° Couche de Malpighi amincie et atrophiée.

3° Couche granuleuse atrophiée.

4° Papilles atrophiées ou même complètement disparues.

5° Tissu conjoncfif dense, riche en éléments élastiques dégénérés. *Processus régressif.*

La leucoplasie vulvaire peut coexister avec des lésions anales de même nature ou avec la leucoplasie buccale : elle n'envahit le vagin qu'exceptionnellement.

Noto admet que le kraurosis est l'aboutissant naturel de la leucoplasie. Perrin partage cette opinion à l'appui de laquelle il cite deux observations de leucoplasie et kraurosis. Hugo Szasz pense qu'un même processus morbide produit les deux lésions.

Parmi les causes prédisposantes, on a invoqué la syphilis par analogie avec la leucokératose buccale, l'arthri-

tisme et le diabète qui aurait été constaté chez un malade de Besnier et dans un cas rapporté par Eug. Monod.

Mais la plus grande place, dans l'étiologie de cette affection revient aux inflammations et irritations génitales antérieures. La leucoplasie assurément est indépendante des vaginites et vulvites ; mais il paraît cependant possible que des irritations répétées et prolongées jouent un certain rôle dans son développement.

Le diagnostic de la leucoplasie vulvaire sera relativement facile : on ne confondra pas cette affection avec les plaques muqueuses et les plaques de diphtérie qui peuvent prêter à confusion. Les diabétides vulgaires qui amènent un certain épaississement de la muqueuse blanche et décolorée, mais sans plaque nette, peuvent être une cause d'erreur : les démangeaisons qu'elles entraînent pourraient faire croire à la leucoplasie, mais d'une part, l'absence de plaques, et de l'autre, l'analyse des urines (glycosurie) fixeront le diagnostic.

Dans le kraurosis de la vulve, la peau, d'un aspect cicatriciel, ne présente pas de plaques isolées, opalines ou mates. Tous les tissus sont indurés, infiltrés : d'où un rétrécissement très résistant de la vulve, ce que l'on ne remarque jamais dans la leucoplasie.

Leredde et Martial ont publié un travail sur les rapports de la lichénification avec la leucoplasie vulvaire et le kraurosis.

Le lichen est difficile à différencier de la leucoplasie : les plaques ont une forme plus arrondie, plus ovalaire, sont d'une coloration plus terne et présentent peu d'induration. Aussi, les auteurs, après avoir cité deux observa-

tions de malades présentant du prurit et de la lichénification, disent-ils, que, pour d'autres que des dermatologistes, l'affection aurait pu être étiquetée leucoplasie ou peut-être kraurosis.

M. F. Jayle a établi que le kraurosis et la leucoplasie pouvaient coexister.

1° La leucoplasie peut se développer sur une vulve déjà atteinte de kraurosis ;

2° La leucoplasie et le kraurosis peuvent se développer simultanément ;

3° La leucoplasie peut aboutir au kraurosis.

« Sur une vulve atrophiée déjà par un processus pathogénique quelconque, l'apparition de taches leucoplasiques peut survenir ; il n'existe pas d'observation publiée avec cette mention : mais aucune raison plausible ne peut être donnée contre la justification de cette hypothèse. »

Les cas de coexistence de leucoplasie avec kraurosis sont nombreux comme nous l'avons déjà vu et c'est ce grand nombre qui a causé la confusion entre les deux affections. L'inflammation frapperait à la fois le derme et l'épiderme.

Enfin « il est possible, d'après Janowsky, que les troubles de nutrition qui conduisent à l'hyperplasie et aux modifications leucoplasiques de l'épithélium puissent, en même temps, par extension, dans les couches profondes conduire au kraurosis. »

En elle-même, la leucoplasie n'est pas grave : c'est une lésion chronique, qui, à la vérité, ne rétrocède jamais. Toute l'importance de cette affection vient de sa dégénérescence non pas fatale, mais fréquente en épithélioma.

C'est cette considération qui nous a poussé à séparer,

dans cette étude, la leucoplasie du kraurosis, cette première affection nous servant ainsi de transition entre le kraurosis et le cancer que nous allons maintenant étudier.

La thérapeutique de la leucoplasie est basée sur la dégénérescence épithéliomateuse si fréquente : le seul traitement véritablement curatif est l'ablation des plaques de leucoplasie. Dans les cas où la lésion est très étendue, sans tendance à transformation et que l'opération serait trop considérable, il faut se borner à un traitement palliatif. Il faudra alors employer des lotions et injections antiseptiques très diluées et épargner à la vulve toute irritation qui pourrait provoquer l'apparition d'un cancer.

CHAPITRE IV

Kraurosis et Cancer

Le pronostic de kraurosis doit souvent être réservé. C'est que cet état vulvaire s'accompagne parfois de leucoplasie, comme nous l'avons déjà vu : il est naturel d'admettre qu'il se passe à la vulve ce que l'on remarque dans les autres tissus de l'organisme atteints de leucokératose et qu'au kraurosis leucoplasique va succéder le cancer de la vulve. Cette évolution maligne d'un état bénin en lui (bien que les symptômes douloureux et l'obstacle au coït puissent amener chez la femme une dépression nerveuse très marquée) ne doit pas être généralisée. Le kraurosis leucoplasique peut dégénérer en cancer, mais cette dégénérescence n'est pas fatale. F. Jayle et X. Bender ont réuni 10 cas de leucoplasie vulvaire simple et 14 cas compliqués de cancer. Trespe, sur 67 observations de kraurosis leucoplasique a relevé 6 cas de cancer. A. Martin, Pichevin et Pettit, F. Jayle, etc. ont publié plusieurs observations de dégénérescence épithéliomateuse. Certains ont vu le cancer compliquer le kraurosis sénile : la fréquence de cette complication est absolument inconnue.

Pour F. Jayle, le kraurosis post-opératoire ne se compliquerait pas de dégénérescence épithéliomateuse.

L'épithélioma de la vulve, comparé au cancer de l'uté-

rus doit être considéré comme une affection rare. Sur 7.479 femmes atteintes de cancer, Gurtl a noté 72 fois le cancer de la vulve : cette proportion paraît bien forte à M. Pozzi qui pense que beaucoup de ces cancers étaient secondaires.

C'est surtout chez les femmes âgées de quarante à soixante ans qu'on remarque le néoplasme : exceptionnellement, il a été constaté chez une femme de trente et un ans, une jeune fille de vingt ans (Arnott) ; Maurel, dans sa thèse, rapporte le cas d'une petite fille de cinq ans qui aurait été opérée par de Saint-Germain ; enfin Launois a trouvé un sarcome à l'autopsie d'une petite fille de cinq ans.

La grande cause prédisposante est la leucoplasie : à côté d'elle et en dehors d'elle, on a voulu faire place au traumatisme : West a attribué la naissance d'un épithélioma à une chute à califourchon sur l'angle d'une chaise (thèse de Maurel) ; Reclus a fait jouer un certain rôle au psoriasis ; pour Hutchinson, la syphilis serait une des causes provocatrices les plus importantes.

Nous ne retiendrons que ce fait : la dégénérescence épithéliomateuse survient à la suite d'une inflammation chronique que cette inflammation soit provoquée par la leucoplasie, le psoriasis ou la syphilis (pour MM. Landouzy et Gaucher, la leucoplasie aurait une origine syphilitique).

Dans le cas qui nous occupe, le kraurosis, leucoplasique ou sénile, produirait cet état inflammatoire chronique que l'on retrouve à la base de l'épithélioma vulvaire.

Nous essaierons de montrer que la leucoplasie et l'inflammation chronique peuvent amener la dégénérescence cancéreuse du kraurosis.

Pour certains auteurs, il n'y a pas de relation directe entre la plaque blanche et l'épithélioma qui s'est substitué à elle : c'est, selon eux, une simple coïncidence : « la lésion dégénérative s'est développée là comme elle aurait pu le faire ailleurs chez un individu prédisposé ». Ces observateurs, d'après Le Dentu, ne semblent pas avoir été assez frappés par le travail irritatif, cause déterminante de la kératinisation de la muqueuse, par les formations papillomateuses et les infiltrations épithéliales qui caractérisent un degré plus avancé de la maladie, par la coexistence fréquente de plaques non dégénérées et d'autres ayant subi la transformation épithéliomateuse.

H. Leloir a fait un travail important d'après lequel l'épithélioma ne débuterait jamais au niveau des surfaces hyperkératinisées, mais là où il y a dékératinisation par exulcération ou fissuration. Quelquefois cependant, il naît d'un épaississement papillomateux. Dans une période avancée de la leucoplasie, le corps de Malpighi, quoique aminci, envoie des prolongements dans le derme sous-jacent enflammé. Ces prolongements en prolifération active constituent l'épithélioma.

Dans le cas de fissuration, la prolifération se fait aux dépens des cellules du corps de Malpighi constituant les parois de la crevasse. De là l'origine des prolongements épithéliaux qui pénètrent dans le derme enflammé et caractérisent la transformation maligne.

La notion de malignité par transformation date des travaux de Fairly Clarke, Henry Morris (1874) et Robert Weir (1875), s'occupèrent ensuite de la question : Schwimmer, Trélat, Besnier, Vidal, Fournier, Gaucher, Pichevin et Pettit,

enfin Le Dentu aux travaux duquel nous avons fait de larges emprunts.

En résumé, la transformation épithéliomateuse est caractérisée par la disparition en un certain point de couches hyperkératinisées, par les prolongements avec globes épidermiques que l'épiderme envoie dans le derme. En outre, ce dernier est infiltré de cellules embryonnaires ; en certains points, il peut exister des îlots épithéliomateux avec lobes cornés.

M. Gaucher qui fait de la leucoplasie une maladie parasyphilitique « au même titre que le tabes et la paralysie générale », a montré avec M. Sergent que la kératinisation épithéliale et l'hypertrophie papillaire font de toute plaque blanche « un papillome corné déjà suspect. » Car on trouve, dans l'épithélioma, au début de la lésion, des globes épidermiques ». La présence de ces globes explique la tendance non constante, mais possible, de toute leucoplasie à évoluer vers l'épithélioma.

Nous avons écrit toute plaque blanche, pensant à la plaque leucoplasique vraie : il existe en effet une fausse leucoplasie caractérisée par l'apparition sur les lèvres de plaques blanchâtres survenant au cours d'une métrite chronique : ces plaques sont lenticulaires, opalines et pourraient être confondues avec la leucoplasie vraie.. Cette dernière est caractérisée par des plaques adhérentes. Celles dont nous venons de parler s'enlèvent au contraire facilement par le grattage, le frottemente, etc.

Il ne semble pas que la dégénérescence épithéliomateuse doive être considérée comme une phase, l'ultime, de la leucokératose.

En effet, ce qui caractérise la leucoplasie c'est la kératinisation et nous avons vu que l'apparition de la néoplasie était précédée de la destruction, de la desquamation des cellules cornées : la couche de Malpighi et le corps papillaire sont mis à nu. Un incident insignifiant, comme une irritation localisée, peut provoquer ces lésions et amorcer l'épithélioma.

L'irritation pure et simple ne suffit pas : d'après Besnier, « c'est le trouble de la fonction épithéliale qui amène l'hyperkératinisation et l'irritation qui dékératinise, fissure les couches épaissies, provoque l'hypertrophie papillaire, la migration des cellules embryonnaires et les infiltrations de cylindres épithéliaux ». C'est le même trouble qui détermine la formation de globes épidermiques en pleine plaque leucoplasique.

Une proposition émise par le professeur Le Dentu résume clairement la question : « La plaque primitive est déjà un épithélioma qui évoluera plus ou moins vers la malignité, qui pourra rester stationnaire, mais qui pourra aussi, à l'âge où les forces déclinent, devenir un néoplasme vrai toujours redoutable, en dépit de la bénignité relative de certains cas.

« Elle est tout au moins un épithélioma en puissance, quand elle n'est pas déjà un épithélioma effectif. »

Mais, l'inflammation chronique seule, sans adjonction de leucoplasie, peut-elle provoquer l'apparition du cancer ?

Le fait semble démontré par plusieurs observations ayant trait à des néoplasmes développés sur des terrains soumis à une lésion inflammatoire chronique, à la sclérose.

C'est ainsi que l'on peut voir le cancer de l'estomac se greffer sur une cicatrice d'ulcère, le cancer de l'appendice iléo-cæcal se développer au niveau de brides inflammatoires anciennes. M. Morestin a étudié le développement des épithéliomes sur des lupus encore en évolution ou déjà cicatrisés. Il a opéré sept cas de ce genre, remarquables par l'étendue des lésions : l'ablation a été large. La réparation se fit facilement et, depuis deux ans, chez certains de ses malades qu'il a pu suivre, la récidive n'a pas été observée.

Nous avons, nous-même, recueilli à la consultation de l'hôpital Broca des observations de cancer coïncidant avec des lésions d'inflammation chronique : nous n'avons pas vu malheureusement la coexistence de l'épithélioma et du kraurosis. Les cas observés, grâce à la bienveillante obligeance de M. Jayle, nous ont cependant amené à penser que la rétraction soit vulvaire (kraurosis), soit vaginale (brides inflammatoires) pouvait jouer un rôle dans l'apparition du cancer.

Ces observations, que nous reportons plus loin, ont trait à des femmes chez lesquelles on remarque à l'occasion d'un toucher vaginal l'existence d'un anneau plus ou moins complet et rigide, parfois d'un véritable diaphragme qui limite l'introduction du doigt et gêne, quand il ne l'empêche pas, l'exploration du col utérin et des culs-de-sac.

Quelquefois, on a sous le doigt la sensation d'une bride irrégulière ou d'un croissant limité à l'un des culs-de-sac droit ou gauche et qui peut attirer le col et le déplacer latéralement. Dans la plupart de ces cas le vagin est rétréci ou en voie de rétrécissement.

Il s'agit de femmes ménopausées venant consulter pour des pertes rouges. Elles déclarent avoir eu quelque temps auparavant un retour de la menstruation : puis cet écoulement mensuel s'est renouvelé plus fréquemment, tous les quinze jours, toutes les semaines ; il est devenu enfin journalier. Les symptômes sont ceux du cancer et le diagnostic porté est celui d'épithélioma utérin.

Nous voyons donc coexister une lésion scléreuse (bride ou anneau) et le cancer.

L'étiologie de ce dernier est encore trop peu connue pour que l'on puisse se rendre compte du rôle exact joué par la sclérose. A-t-elle pour effet de créer un *locus minoris resistentiæ* au cancer ? ou bien contribue-t-elle à son apparition par le trouble qu'elle apporte dans la vie cellulaire ? nous ne pensons pas qu'il soit possible de se prononcer sur cette question.

L'épithélioma et l'inflammation chronique coïncident : c'est une simple constatation.

La dégénérescence du kraurosis en épithélioma s'annonce par un prurit si violent que, parfois, la malade ne peut plus dormir : en même temps, les douleurs à la miction sont exacerbées quand le méat urinaire est atteint.

Le début se fait, tantôt par les petites lèvres, tantôt par par le clitoris, tantôt par la région du méat urinaire. Rares sont les cancers clitoridiens primitifs. Louradour, dans sa thèse, en rapporte 11 cas dus à Barnsby (1) Lipinskri (3) Rœter (3) Morestin (4), mais beaucoup de ces cas ont été observés alors que toute la vulve était envahie.

Ordinairement, l'épithélioma vulvaire commence dans le sillon qui sépare la petite lèvre de la grande sous forme

de nodules faisant corps avec la peau. Bientôt ceux-ci deviennent confluents et se recouvrent de couches épithéliales épaissies. Au bout d'un temps, variable suivant les cas. les nodules s'ulcèrent et ce n'est souvent qu'à ce stade d'ulcération que les malades viennent consulter.

L'ulcération, plus ou moins étendue, se présente comme une surface granuleuse, couverte de petits mamelons rosés et semée çà et là de détritus sphacéliques : un ichor sanieux d'odeur fort désagréable apparaît ensuite. Cette ulcération plus ou moins profonde repose constamment sur un tissu dur : ce tissu a la consistance d'une plaque mince et ferme et donne quelquefois aux doigts qui le palpent la sensation de carton mouillé selon MM. Bender et Daniel. Elle est à marche progressive : ses bords taillés à pic ou éversés se relèvent en un bourrelet saillant. Tantôt limitée à une des grandes lèvres, elle affecte parfois une marche irrégulière, occupant la presque totalité des petites lèvres, le clitoris et le capuchon clitoridien, le vestibule. L'étendue des lésions varie suivant les cas, et, leur profondeur, suivant le point considéré.

Quelquefois le clitoris est entièrement masqué par une masse végétante, le méat est impossible à reconnaître au milieu des bourgeons ulcérés.

Somme toute, l'ulcération peut être plate à fond lisse. Peu suppurant, masqué par une croûte adhérente ou bien anfractueuse, profonde, tapissée de bourgeons exubérants, remplie de détritus grisâtres. Elle sécrète en abondance une sérosité purulente d'odeur fétide.

A côté de l'ulcération, on trouve souvent de petits no-

dules cancéreux qui permettent d'affirmer la nature de la néoplasie.

L'épithélioma pavimenteux lobulé est la forme la plus fréquente : l'épithélium pavimenteux a proliféré, s'est épaissi, est devenu le point de départ d'un bourgeon épithélial plein ou de plusieurs bourgeons voisins qui dépriment le derme sous-jacent dont ils ne tardent pas à dépasser les limites profondes. La prolifération épithéliale continuant, des bourgeons secondaires prennent naissance aux dépens des premiers formés, s'isolent par étranglement ou s'anastomosent.

D'autre part, le tissu conjonctif pénétré par les masses épithéliales éprouve des altérations diverses et ainsi se constitue un tissu néoplasique formé de masses d'épithélium compact, infiltré dans un tissu conjonctif lui-même enflammé et hyperplasié.

Dans l'épithélioma lobulé, les masses épithéliales tendent à conserver la forme de massues ou de digitations qu'elles ont dans leur premier développement : ce sont ces massues qui prennent le nom de lobules épithéliomateux.

Dans l'épithéliome tubulé, variété plus rare, les formations épithéliales se présentent comme un réseau de cordons ou travées cellulaires anastomosées. Les cellules épithéliales sont cohérentes et semblables à celles du corps muqueux de Malpighi.

Czempin a rapporté une observation de kraurosis avec cancroïde chez une jeune fille de vingt-deux ans. L'évoution épidermoïdale s'accompagne alors de kératinisation, l'éléidine apparaissant dans les cellules malpighiennes, en

même temps que celles-ci s'aplatissent, se cornent et perdent toute trace de noyau.

Les globes épidermiques dont nous avons signalé la présence sont des agrégats cellulaires tout à fait particuliers. Ce sont des corps arrondis formés par l'imbrication en bulbes d'oignon de squames épidermiques.

Il est dans l'évolution naturelle de l'affection de s'accompagner d'adénopathie. Celle-ci est plus ou moins précoce. Elle se traduit par l'apparition dans le groupe ganglionnaire inguinal, d'un petit ganglion dur, d'abord isolé et mobile. D'autres ganglions se prennent à leur tour. L'induration du tissu conjonctif ambiant apparaît et les confond en une seule masse. La peau devient adhérente, rougit, s'ulcère enfin à son tour et un écoulement sanieux se produit. En même temps les ganglions profonds, ceux de la fosse iliaque, ont pu se prendre : l'infiltration cancéreuse s'est parfois étendue en arrière jusqu'à l'anus, et a envahi la partie inférieure du vagin.

Les malades meurent par suite de la cachexie progressive qu'entraînent les souffrances physiques et morales qu'elles éprouvent, quand il n'y a pas eu de généralisations viscérales portant obstacle au fonctionnement d'organes essentiels.

Souvent, elles sont emportées par une complication intercurrente : phlébite, embolie, pleurésie, etc.

La marche est rapide, surtout à partir du début de l'ulcération. Nous avons déjà décrit la plupart des symptômes et les crises douloureuses avec exacerbation du prurit qui précèdent l'apparition de la tumeur. Celle-ci débute par une série de tuméfactions papuleuses qui deviennent rapi–

dement confluentes, forment les nodules cancéreux, puis s'ulcèrent.

Le cancer clitoridien primitif s'accompagne de cuissons et de démangeaisons intenses. Son ulcération souvent due au grattage se recouvre de croûtes jaunâtres. La marche devient pénible à cause du frottement ; le contact des écoulements vaginaux exagère la douleur.

Quand le néoplasme se propage au méat, les troubles de la miction dominent la scène : la malade éprouve du prurit, avec élancements douloureux : on constate de la dysurie.

M. Picqué a signalé l'incontinence d'urine : on a observé aussi des crises de rétention produites par un spasme réflexe du sphincter urétral.

Le diagnostic sera surtout difficile au moment de l'apparition du cancer : plus tard, l'ensemble des symptômes et la marche sont caractéristiques.

Il faudra éliminer le chancre mou, rarement unique et qui s'accompagne d'une adénite aiguë à marche rapide. Le chancre syphilitique ne s'étend pas, s'accompagne précocement de la pléiade ganglionnaire et entraîne assez rapidement des accidents secondaires qui lèvent les doutes.

Les syphilides papulo-érosives ou papulo-hypertrophiques, surtout les syphilides en nappe de Pozzi peuvent être confondues avec le cancer. Un examen attentif et l'action du traitement faciliteront le diagnostic.

Les ulcérations tuberculeuses sont rares ; on trouve à leur niveau des granulations jaunâtres et, autour, des nodules tuberculeux qui aident au diagnostic, en même temps que la constatation chez la malade d'autres lésions tuberculeuses.

L'esthiomène est caractérisé par sa forme en croissant, son ulcération rouge blafard, anfractueuse, ses bords renversés en dedans, sa marche alternative de cicatrisation et de destruction, son amélioration facile par les soins locaux.

Nous rapportons une observation de MM. Bender et Daniel, intéressante en ce qu'elle montre la difficulté dans certains cas du diagnostic des lésions néoplasiques. Il s'agit d'une femme au sujet de laquelle un premier diagnostic fut fait, de chancre mou. Ce diagnostic a été rectifié par la suite, grâce à une biopsie, pratique contre laquelle s'est élevé M. Gaucher, dans une leçon qui donna lieu à une assez vive polémique. — La malade était atteinte d'un épithélioma pavimenteux qui fut enlevé par M. J.-L. Faure. La guérison fut complète.

C'est que l'extirpation est le seul traitement du cancer : elle doit être pratiquée toutes les fois que l'on pourra enlever toute la tumeur : elle devra être large et comprendre les ganglions tributaires. Le point délicat sera la reconstitution complète des orifices naturels et surtout du méat urinaire, à l'aide des autoplasties muqueuses nécessaires.

Quand l'opération radicale sera devenue impossible, on devra se borner à des soins palliatifs : pansements à l'iodoforme ou au salol. La désinfection complète de la région sera fréquemment pratiquée au moyen d'antiseptiques. Les parties malades devront être tenues dans un état de propreté absolue. L'opium et le chloral calmeront les douleurs contre lesquelles il sera nécessaire d'employer, dans les dernières périodes, les injections de morphine.

OBSERVATION XXIX

(*Verhandl. der Gesellschaft f. Geb. u. Gyn.* Berlin, 1894.)

En 1894, Czempin relate une observation de kraurosis avec cancroïde, chez une jeune fille de vingt-deux ans.

Cette jeune fille atteinte de kraurosis souffre d'un prurit intense. Du côté gauche de la vulve, à côté du clitoris, se trouve une tumeur circonscrite du volume d'un haricot, légèrement ulcérée à la surface, qui produit l'impression d'un carcinome. La tumeur fut extirpée avec la plus grande partie de la vulve. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait réellement d'un cancroïde.

OBSERVATION XXX

(J. Abadie. — Présenté au Congrès de Gynécologie, Obstétrique et Pédiâtrie d'Alger en avril 1906.)

La malade dont il parle est âgée de quarante-sept ans. Elle n'a jamais eu de syphilis ; elle est mère de cinq enfants.

Depuis 1898, elle souffre de démangeaisons vulvaires qui sont devenues progressivement plus pénibles et continues.

A l'examen on trouve :

a) Une zone marginale intéressant les grandes et petites lèvres à teinte blanc nacré, à limites irrégulières, sans augmentation d'épaisseur ;

b) Plus près du clitoris, des plaques blanchâtres, plus épaisses, saillantes et légèrement verruqueuses ;

c) Un clitoris très hypertrophié, blanc, un peu corné ;

d) Des ganglions inguinaux légèrement volumineux.

Le 13 février, le Dr Abadie pratique le curage des deux aines et l'ablation du clitoris en même temps que de la face interne des grandes lèvres jusqu'aux orifices des glandes de Bartholin.

L'examen histologique a été pratiqué : 1° sur des fragments prélevés dans des zones de transition de peau saine à peau leucoplasiée ; 2° en pleines plaques de leucoplasie ; 3° sur le clitoris.

Cet examen a montré :

α) Une hypertrophie de la couche cornée ;

β) La multiplication des cellules de la zone à éléidine ;

γ) L'hypertrophie diffuse de l'éléidine dans les couches sous-jacentes ;

δ) Le feutrage du derme.

Le Dr Abadie s'est basé sur cette observation pour montrer les rapports de la leucoplasie, du kraurosis et du cancer et il conclut :

« La leucoplasie vulvaire et le kraurosis vulvaire relèvent tous deux d'une inflammation chronique. Ces lésions ainsi causées par une inflammation chronique peuvent à la vulve comme dans biens d'autres régions de l'organisme être suivies de transformation cancéreuse. Quant à savoir à quel moment et pourquoi la leucoplasie ou le kraurosis se compliquent de cancer, il est impossible de l'établir avant d'être édifié sur les conditions étiologiques précises et la nature même du cancer. »

OBSERVATION XXXI

MM. Pichevin et *A. Pettit* ont exposé en 1897 l'histoire

d'une malade soignée par le docteur Lamy. C'est un cas très net de kraurosis avec transformation épithéliomateuse.

Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, habitant la campagne et qui, jusqu'à son mariage, a joui d'une excellente santé. La menstruation s'est établie à quatorze ans; les règles toujours en retard ne duraient pas moins de huit jours et n'étaient pas douloureuses jusqu'à 1892, époque à laquelle elle s'est mariée.

Des douleurs ont apparu dès les premières règles qui ont suivi le mariage ; il n'y a jamais eu de retard dans la menstruation. La malade n'a pas fait de fausse couche.

Les rapports ont toujours été douloureux et par suite incomplets. Les souffrances étaient si vives que Mme X... avait dû renoncer à accomplir ses devoirs conjugaux.

Peu de temps après son mariage, la malade constata l'existence de flueurs blanches. Mais il n'y avait aucun trouble du côté des voies urinaires. On ne peut donc affirmer l'existence d'une infection gonococcique.

Rien n'autorise non plus à penser à l'existence d'une syphilis.

Sept ou huit mois après son mariage, Mme X... se plaint de démangeaisons au niveau du clitoris et surtout à la partie supérieure de la grande lèvre gauche. Le prurit augmente progressivement et devient si violent que la malade ne peut dormir.

La maladie a donc marché lentement, mais d'une façon progressive et sans période de rémission. Les mictions sont douloureuses, l'état reste stationnaire.

Bientôt la malade constate une ulcération à l'endroit où, pendant deux ans, siégeaient tout d'abord les démangeaisons. Au niveau de la partie supérieure de la grande lèvre, du vestibule

et du clitoris, il y une perte de substance qui se creuse, s'étend et s'accompagne de violentes douleurs. A la face externe de la grande lèvre gauche, se trouvent des nodules cancéreux qui permettent d'affirmer la nature de la néoplasie. La grande lèvre droite n'a pas subi de dégénérescence maligne : elle est œdématiée.

A la surface des téguments non envahis par la dégénérescence cancéreuse, on voit, au niveau de la fourchette et dans le vagin, différentes plaques blanchâtres, nacrées, de largeur variable et dont les plus larges ne dépassent pas la grandeur d'une pièce d'argent de 20 centimes.

Il existe un engorgement ganglionnaire dans les deux aines. A gauche, un gros ganglion est le siège d'une fluctuation peu manifeste. Cette collection ouverte donne issue à un liquide sanieux, d'odeur infecte.

Sous le chloroforme, on constate que le rétrécissement vulvo-vaginal n'était pas le résultat d'un spasme, mais qu'il s'agissait bien d'une induration sous-épithéliale qui transformait la vulve et la portion antérieure du vagin en un canal induré ; inextensible et rigide. L'étude histologique a confirmé les conclusions cliniques.

Les lésions se résument : 1° une inflammation et une hypertrophie du derme ; 2° une nécrose et une hyperkératinisation des éléments épidermiques.

Les lésions de l'épiderme présentent les caractères de la leucoplasie. Il s'agit d'altérations présentant d'étroites relations avec l'épithélioma.

OBSERVATION XXXII (Morestin)

Femme de soixante-quinze ans, entrée le 10 avril 1901 à l'hô

pital Saint-Louis, service de M. Rochelot. Ulcération vulvaire qui détermine des douleurs pendant la marche, des saignements répétés et s'accompagne d'une sécrétion abondante et fétide.

La malade ne peut préciser le début Les cuisses rapprochées on ne voit rien d'anormal extérieurement. Pour apercevoir l'ulcération, il faut séparer les grandes lèvres. La lésion se présente alors comme une surface granuleuse, couverte de petits mamelons rosés et çà et là semée de détritus sphacéliques, et ensuite d'un ichor sanieux d'odeur fort désagréable. Elle repose sur une sorte de plaque mince mais ferme,dont la jonction forme un léger bourrelet autour de la surface ulcérée. Les dimensions sont comparables à celles d'une pièce de cinq francs ; en laissant les grandes lèvres revenir sur elles-mêmes,on voit les deux moitiés se rapprocher comme les feuillets d'un livre.

L'ulcération va depuis la commissure antérieure de la vulve jusqu'au voisinage immédiat du clitoris, d'autre part elle s'étend de chaque côté jusqu'au bord libre de la grande lèvre s'arrêtant seulement à 2 ou 3 millimètres de ce bord. La nature épithéliale de cette lésion n'était pas douteuse. On notait encore à l'entrée de la vulve des plaques leucoplasiques légèrement exulcérées en certains points. Dans le triangle de Scarpa, au milieu de la graisse, on sentait un ganglion de consistance assez ferme, arrondi, mobile encore, indolent.

M. Morestin fit l'ablation du ganglion inguinal suspect, puis l'excision de la plaque épithéliomateuse. Cette femme guérit. M. Millian constata à l'examen des pièces qu'il s'agissait bien d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques. Le ganglion ne présentait que quelques altérations inflammatoires.

OBSERVATION XXXIII (Bender et Daniel

Epithélioma primitif de la vulve

Il s'agit d'une femme âgée de trente-sept ans et entrée à l'hôpital Cochin le 22 juillet 1903. Pas d'antécédents héréditaires. Les règles ont toujours été régulières, un peu douloureuses, moyennement abondantes. Une seule grossesse terminée normalement. Après l'arrêt de ses dernières règles août 1902), la malade remarqua l'existence d'une petite masse légèrement saillante au niveau de la petite lèvre gauche. Cette tumeur provoquait une gêne douloureuse, mais supportable : aussi la malade ne vint-elle consulter que quatre à cinq mois après. Le premier traitement consista en cautérisations au nitrate d'Ag., plus tard en attouchements à la teinture d'iode, qui ne donnèrent aucun résultat.

Les lésions s'étendent progressivement et bientôt la malade entre à Saint-Louis. Le diagnostic de chancre mou fut porté parce qu'on avait trouvé à l'examen bactériologique un grand nombre de bacille de Ducrey.

Enfin, la malade entre en chirurgie, aucune amélioration n'étant survenue dans son état.

A l'examen gynécologique, on aperçoit au niveau de la vulve une large surface ulcérée, de forme irrégulière : cette ulcération occupe la presque totalité de la petite lèvre gauche, la moitié supérieure de la droite, le clitoris et le capuchon clitoridien, le vestibule. Rien d'anormal au niveau des grandes lèvres ni à l'entrée du vagin. La coloration des lésions est d'un rouge jaunâtre avec, par places, des petits points grisâtres. Toute la zone ulcérée est limitée par un bourrelet saillant de 2 millimè-

tres. La consistance des tissus ulcérés est comparable à celle du carton mouillé. La profondeur des lésions varie suivant le point considéré. Le capuchon clitoridien est transformé en une masse végétante qui masque complètement le clitoris. La région malade ne donne naissance qu'à une sécrétion peu abondante.

Le méat est impossible à reconnaître au milieu des bourgeons ulcérés. L'entrée du vagin est normale. En présence de ces lésions, les auteurs ont pensé qu'il s'agissait non pas d'un chancre mou, mais bien d'un épithélioma de la vulve. Une biopsie pratiquée au niveau de la région ulcérée a donné des résultats tout à fait nets. On avait affaire à un épithélioma pavimenteux tubulé. Au niveau de la partie restée saine, l'épithélioma pavimenteux présentait ses caractères normaux. Les bourgeons interpapillaires s'allongent et s'hypertrophient à mesure qu'on se rapproche de l'ulcération.

Au niveau de la région ulcérée, on se trouve en plein tissu néoplasique : il s'agit d'un épithélioma pavimenteux tubulé et lobulé. On retrouve, par places, un petit nombre de globes épidermiques.

La tumeur fut enlevée aussi largement que possible par M. J.-L. Faure. Le méat urétral n'avait pas été envahi, mais seulement refoulé. La guérison survint rapidement.

OBSERVATION XXXIV (Résumée) (F. Jayle)

Kraurosis sénile compliqué d'épithélioma.

Femme âgée de soixante-douze ans. L'épithélioma s'est developpé très lentement. Le début du rétrécissement de l'orifice vaginal remonterait à plus de vingt ans.

Il n'y a plus de grandes lèvres : les petites n'existent guère que près du clitoris qui seul est resté normal. L'orifice vaginal est tellement étroit et inextensible que, sous chloroforme, au moment de l'opération pratiquée pour enlever le cancer, sus-clitoridien, il a été impossible de pénétrer même avec le petit doigt. La muqueuse de toute la région est pâle.

Au-dessus du clitoris, peut-être développé aux dépens du capuchon, est une vaste ulcération cancéreuse dont la marche a été très rapide.

OBSERVATION XXXV (Inédite)

Cancer de l'utérus et bride vaginale inflammatoire

Mme Z..., 27 mai 1907.

Vient consulter à l'hôpital Broca, pour des pertes de sang, abondantes, rouges, installées sans cesser un jour depuis trois mois.

Réglée à quinze ans ; les règles viennent régulièrement, sans douleurs, mais durent huit jours : l'écoulement n'est d'une quantité normale que pendant deux jours (du quatrième au sixième).

La malade a fait deux fausses couches.

Novembre 1905. — Elle remarque sur sa chemise des taches d'eau rousse. Vers février 1906, surviennent des pertes rouges indolores, irrégulières, durant deux à trois jours toutes les semaines.

Jusqu'au mois de mars 1907, la malade a perdu très peu ; à cette époque, perte de sang rouge durant huit jours (sans douleur ni caillot). Cette perte se renouvelle avec un intervalle de quelques jours.

C'est à ce moment que la malade se décide à venir consulter.

L'état général est excellent : pas d'amaigrissement. Au toucher vaginal, le col est dur, les deux lèvres également lisses, l'antérieure un peu plus longue. Les culs-de-sac sont normaux, souples, sauf le cul-de-sac latéral droit où l'on sent dans la prolongation de l'équateur du disque cervical, une bride horizontale très tendue, arciforme, qui attire un peu le col à droite.

Les annexes sont saines. L'utérus est gros : son axe prolonge celui du vagin. Le diagnostic d'épithélioma utérin est porté.

OBSERVATION XXXVI (Inédite)

Epithélioma du col avec bride vaginale inflammatoire

Mme L..., cinquante-sept ans, 14 février 1908.

La malade a eu sa ménopause à quarante-neuf ans. En juillet dernier, premières pertes, blanches et rouges. Celles-ci furent suivies de pertes de sang qui se renouvelèrent en septembre et en octobre. Les pertes se rapprochent et deviennent bi-mensuelles. Depuis décembre, la malade a continuellement des pertes rousses, mal odorantes.

Dans le passé gynécologique de cette femme, on ne remarque rien. Les règles étaient toujours régulières et la malade a eu trois enfants, entre vingt-deux et vingt-cinq ans.

Au toucher, on constate l'existence d'une bride vaginale avec induration inflammatoire de la base des ligaments larges.

Diagnostic. — Epithélioma intra-cervical.

OBSERVATION XXXVII (Inédite)

Epithélioma du col : brides inflammatoires formant diaphragme

Mme C..., cinquante-cinq ans, 4 mars 1908.

La malade a des pertes rouges depuis huit mois, il y a un mois et demi que ces pertes sont devenues continuelles, journalières. Cet écoulement s'est installé progressivement, d'abord irrégulier (tous les huit ou quinze jours) puis continu. Les douleurs sont nulles ; l'état général est excellent, très bon appétit et pas d'amaigrissement.

La malade dit n'avoir jamais souffert du ventre, elle a un mari bien portant, sa fille est morte tuberculeuse, il y a douze ans.

Au toucher, l'entrée du vagin est libre, mais le doigt qui explore est arrêté après un parcours de 5-6 centimètres par un véritable diaphragme qui empêche l'exploration des culs-de-sac.

Une bride résistante occupe la partie gauche du vagin et ce n'est qu'à travers le diaphragme que l'on peut sentir le col utérin.

A l'examen au spéculum, on remarque un petit pertuis par où suinte le sang.

Diagnostic. — Epithélioma du corps de l'utérus.

OBSERVATION XXXVIII

(V. Planson. — *Bulletin et Mém. de la Soc. anatomique de Paris*, 1906.)

La malade observée était âgée de soixante-treize ans. Depuis trois mois étaient apparus au niveau de la partie postérieure de la grande lèvre gauche de petits boutons blanchâtres avec aréole rouge. Ces éléments s'étaient peu à peu réunis et, le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, on trouvait sur tout le tiers postérieur de la grande lèvre gauche une vaste ulcéra-

tion sanieuse et végétante. A la surface de cette ulcération, on remarquait de petites saillies dures, blanchâtres, nacrées, donnant au doigt la sensation de surfaces cornées.

En outre, à la partie antérieure de la grande lèvre, et envahissant le capuchon du clitoris, on trouvait une plaque cornée jaunâtre présentant les dimensions d'une pièce de 1 franc. A la périphérie de ces lésions se rencontraient quelques taches blanchâtres, analogues comme aspect à des plaques de leucoplasie.

Les lésions furent circonscrites par une longue incision et extirpées : réunion facile.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques, très étendu en surface et s'enfonçant assez loin en profondeur.

OBSERVATION XXXIX (Résumée)

(Dr Jayle). — Extraite de la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* 1905

Cancer de l'utérus coïncidant avec une bride inflammatoire vaginale

Il s'agit d'une femme âgée de soixante-deux ans, se plaignant de pertes abondantes et fétides. Le fond du vagin est rétréci par une bride en forme de croissant qui occupe tout le cul-de-sac postérieur et dont le bord tranchant est si près de la paroi antérieure qu'ainsi se trouve formé une sorte d'orifice qu'on pourrait prendre pour l'orifice du col mais qui ne l'est pas. Des plaques de leucoplasie intéressent la muqueuse des culs-de-sac vaginaux et un cancer du col de l'utérus est diag-

nostiqué. L'hystérectomie abdominale totale fut pratiquée. La guérison survint et la malade regagna son domicile au bout de deux mois de traitement général et de pansements locaux minutieux.

OBSERVATION XL (Résumée)

(Hugo Szasz)

Leucoplasie vulvaire. — Kraurosis. — Epithélioma

Femme âgée de cinquante-huit ans.

Les deux grandes lèvres sont atrophiées. Sur la petite lèvre droite, on remarque une tumeur du volume d'un œuf de poule, bosselée, blanche, dure. La partie inférieure de la face interne de la grande lèvre droite est couverte d'une couche cornée épaisse, macérée, blanc jaunâtre, très adhérente.

La partie inférieure de l'aile gauche du capuchon clitoridien et la partie supérieure de la petite lèvre gauche sont recouvertes d'une sorte de croûte jaunâtre de consistance cartilagineuse. Sur la face interne de la grande et de la petite lèvres gauches, au niveau des points où ces régions sont en contact avec la tumeur, existe une plaque légèrement surélevée, inégale, blanche, de la dimension d'une pièce de deux francs et qui se continue en haut avec les lésions kraurosiques.

OBSERVATION XLI

(A. Martin). *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale.*
Kraurosis vulvaire avec carcinome.

Existence au milieu de la grande lèvre droite de deux ulcérations carcinomateuses. Les petites lèvres ont disparu.

OBSERVATION XLII (Jayle)

Kraurosis avec épithélioma.

Femme de cinquante-sept ans atteinte depuis plusieurs années de rétrécissement de l'orifice vaginal avec atrophie des petites lèvres : épithélioma du tiers supérieur du vagin.

OBSERVATION XLIII (Jayle)

Kraurosis vasculaire et cancer.

Femme de cinquante-trois ans présentant des lésions de kraurosis vasculaire avec tendance à la leucoplasie. Cancer du col. Le tiers supérieur du vagin est atteint d'atrophie avec brides rétractiles.

OBSERVATION XLIV (Inédite)

(Communiquée par le Dr Jayle.)

Kraurosis vulvaire avec vitiligo et ulcération de la fourchette. Cinq ans après épithélioma utérin.

Femme de quarante-deux ans. Octobre 1899. Comme antécédent il n'y a à relever que des métrorragies survenues en 1898. La ménopause n'est pas encore établie.

Malade à peau très foncée, maigre, bien portante, nerveuse. Toute la région vulvaire est extrêmement brune, véritablement noire ; poils très noirs.

Sur la petite lèvre droite existe une plaque de décoloration, large comme une pièce de 2 francs, et régulièrement arrondie; la décoloration est d'autant plus nette que toute la région est noire. Le début date de dix ans et la marche a été légèrement progressive. A la fourchette existe une ulcération *très douloureuse*, de la grandeur d'une grosse lentille sur laquelle la malade ne peut donner aucun renseignement.

Cette ulcération siège au milieu d'une bande de décoloration transversalement située.

L'aspect de cette décoloration rappelle le vitiligo.

Opération par M. Jayle : Ablation des plaques de décoloration et en particulier de celle qui occupe toute l'épaisseur de la partie supérieure de la petite lèvre droite.

Examen histologique par M. Latteux. — L'examen histologique a montré qu'au niveau de l'ulcération il n'y avait pas d'épithélioma. On relevait les détails suivants :

1° Un tissu ou stroma conjonctif à éléments peu visibles entièrement infiltré d'éléments cellulaires, tels qu'on en rencontre dans les bourgeons de cicatrice et contenant de nombreux capillaires dont les plus superficiels sont oblitérés par du sang coagulé ; dans les autres, dilatés et variqueux, on distingue encore les globules sanguins.

L'examen histologique des plaques décolorées a montré la disparition du pigment des couches profondes et l'épaississement de la couche cornée superficielle.

29 janvier 1905. — La malade revient consulter cinq ans plus tard pour des pertes de sang considérables qui sont dues au développement d'un épithélioma, ayant détruit le col et envahi la paroi vaginale, en avant. Le doigt introduit dans le rectum permet de constater que la paroi intestinale est indemne.

L'étroitesse de l'orifice vaginal déjà constatée cinq ans auparavant est encore plus marquée.

Il est difficile d'introduire une canule dans le vagin, et quand elle est introduite la stricture est telle que l'eau a de la peine à s'écouler et que finalement le liquide de l'injection ne ressort jamais complètement.

Il résulte de cette disposition que les soins sont très difficiles à donner.

Il ne s'est pas développé d'autres plaques de vitiligo depuis 1899.

Opération par M. Jayle. — Sous anesfhésie on n'arrive pas à ouvrir largement l'orifice vulvaire qui est sclérosé et retréci. Cependant au moyen de valves on arrive à faire le curage et la cautérisation des tissus néoplasiques.

Pour s'opposer dans une certaine mesure à la stricture vulvaire on fait un débridement latéral de l'orifice vaginal de manière à donner à ce dernier un peu plus de dimension.

Suites opératoires. — La malade a succombé ultérieurement à des lésions de néphrite dues elles-mêmes à une inflammation de la vessie causée par l'envahissement par le néoplasme de la paroi vésicale et de l'urètre : il était survenu de la rétention d'urine.

OBSERVATION XLV (Inédite)

(Communiquée par le Dr Jayle.)

Kraurosis vulvaire. — Développement d'un épithélioma utérin.

Femme de cinquante-deux ans. Ayant eu six enfants, le dernier il y a seize ans. Jamais malade. A toujours beaucoup travaillé.

En juin 1906 la malade perd un gros caillot et est prise en même temps de sueurs froides au cours d'une promenade.

Puis elle ne se plaint de rien. En 1907 elle maigrit et se plaint au mois de février de très fortes douleurs dans le ventre débutant après le repas. En même temps existent des pertes sanguinolentes peu abondantes mais continues.

23 mai 1907. — A l'examen on constate tout d'abord des lésions nettes de kraurosis inflammatoire. L'orifice vaginal est sclérosé, très rétréci et présente des plaques rouges ; au toucher on constate que le col a disparu et est remplacé par un épithélioma qui a envahi les parois vaginales.

Opération par M. Jayle. — Sous l'anesthésie on constate la rigidité de l'orifice vulvaire. Curage et cautérisation au fer rouge des lésions néoplasiques.

Les injections vaginales étaient très difficiles à donner à cause de l'étroitesse de l'orifice vulvaire. On fait un débridement à droite de cet orifice.

Suites opératoires.— La malade a ultérieurement succombé le 1er décembre 1907, un mois après que la vessie avait été envahie par le néoplasme.

Le débridement vaginal a facilité les injections pendant les premiers temps. Mais ultérieurement la sclérose est redevenue très forte, les soins ont été tres difficiles à donner pendant les derniers mois.

CONCLUSIONS

I. — Le kraurosis vulvæ n'est pas une entité morbide : c'est un syndrome clinique caractérisé par la rétraction et l'atrophie scléreuse progressive des téguments cutanéo-muqueux de la vulve.

II. — L'étiologie du kraurosis est obscure : la syphilis paraît jouer un rôle sans qu'on puisse préciser la manière dont elle agit.

Les troubles de la sécrétion ovarienne et la suppression de cette fonction sembleraient favoriser le développement du kraurosis.

III. — Cet état, la rétraction, ne doit pas être considéré comme l'aboutissant habituel de la leucokératose.

Le kraurosis peut s'accompagner de leucoplasie, comme de lésions diverses macroscopiques de la peau, qui en constituent les variétés cliniques.

Dans le kraurosis, la lésion est essentiellement dermique.

Dans la leucoplasie, la lésion est essentiellement épidermique et caractérisée par le développement de plaques blanches adhérentes.

La leucoplasie peut exister sans atrophie ni rétraction.

IV. — Le pronostic du kraurosis doit souvent être réservé.

C'est qu'on le voit parfois dégénérer en épithélioma.

V. — Cette dégénérescence cancéreuse se remarque surtout dans les cas de kraurosis compliqués de leucoplasie : l'évolution de la leucoplasie vers l'épithélioma est, sinon fatale, très fréquente, et le kraurosis leucoplasique participe du pronostic de la leucoplasie.

VI. — Le kraurosis, en lui-même, sans adjonction de leucoplasie, paraît jouer un rôle dans l'apparition du cancer.

Et dans ce cas (il s'agit de kraurosis sénile) il nous semble que l'inflammation chronique, la sclérose, sont les conditions favorisant la dégénérescence épithéliomateuse.

La sclérose constitue une prédisposition au cancer :

Amène-t-elle un trouble dans le développement cellulaire ?

Crée-t-elle un *locus minoris resistentiæ* à l'épithélioma ?

Il nous paraît impossible, dans l'état actuel de nos connaissances sur l'étiologie du cancer, de résoudre cette question.

La dégénérescence épithéliomateuse du kraurosis est une simple constatation clinique.

Vu : le président de la thèse
POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Breisky. — Ueber Kraurosis vulvæ, eine wenig beachtete Form von Hautatrophie am pudendum muliebre. Zeit f. Heilkunde, 1885, p. 69.

Fleischmann. — Beitrag zur Kraurosis vulvæ. Prag. med. Wehnschr., 1886, XI. 341.

Polaillon. — Epith. du clitoris : ablation, guérison. Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gynécol. de Paris, 1886, XI, 183-186.

Morris. — Cancer of the vulva. Maryland. M.-J. Balt., 1886-1887, XVI, 235.

Maurel. — De l'épithélioma vulvaire primitif. Paris, 1888. Thèse, n° 205.

Dauriac. — Du cancer primitif de la région clitoridienne. Thèse de Paris, 1888, n° 260.

Leprévôst. — Note sur deux cas d'épithélioma primitif de la vulve. Normandie médicale. Rouen, 1888, IV, 113-118.

Bex. — Leucoplasie et cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale. Thèse de Paris, 1887, n° 29.

Taylor. — Mélano-sarcome primitif de la vulve. Ann. de Gyn. et d'Obst. Paris, 1889, XXXI, 401-410.

Petit. — Pathologie de la vulve. Dict. encyclop. des Sc. médic. Paris, 1889, 5. s. III, 798-820.

Mundé. — Twocases of primary epithelioma of the vulva and-

vagina. Ann. J. Obst. New-York, 1889, XXII, 476-478.

Heitzmann. — Kraurosis of the vulva. Tr. Ann. Dermat. Ass. Bost., 1888, 64-67.

Janowsky. — Ueber Kraurosis vulvæ. Monatschr. f. prakt. Dermat. Hamb., 1888, VII, 951-960.

Stumpf. — Cancroïd der vulva. München. med. Wochenschr., 1890, XXXVII, 694.

Smith (G.-N.). — Kraurosis vulvæ. Buffalo M. et S. J. 1890, 160-164.

Orthmann. — Ueber Kraurosis vulvæ. Ztschr. f. Geburtsch. u. Gynæk. Stuttg., 1890, XIX, 283-296.

Ohmann-Dumesnil. — Kraurosis vulvæ. N.-Orl. M. et S. J. 1889-1890, n. s. XVII, 625-629.

Hallowel. — Kraurosis vulvæ. Norf. Lancet. Saint-Paul, 1891, XI, 661.

Hofmokl. — Epithelioma labior-pudendor. major. et clitoridis. Extirpation. Heilung.

Syme. — Epithelioma of vulva and vagina. Aust. M. J. Melbourne, 1892, n. s. XIV, 337.

Adam. — Two cases of malignant disease of the vulva, involving the uretra. Austral M. J. Melbourne, 1892, n. s. XIV, 334-337.

Ozenne. — Du cancer des grandes lèvres. Bull. médic. Paris, 1892, VI, 873-875.

Adam. — Kraurosis of the vulva. Austral. M. J. Melbourne, 1892, n. s. XIV, 407-409.

Brindel. — Epith. prim. du clitoris. Gaz. des Hôp. de Toulouse, 1894, VIII, 235.

Lutaud. — Traitement du prurit de la vulve. Rev. obstét. et gynéc. Paris, 1894, X, 4-6.

Pozzi. — Epithélioma primit. de la part. sup. du vagin. Périnéotomie transvers. Bull. et Mém. Soc. de Chir., Paris, 1894. n. s. XX, 832-834.

Reed. — Progressive cutaneous atrophy of the vulva : Tr. Am. Ass. Obst. et Gynec., 1894. Phil., 1895, VII, 351-368.

Benicke. — Pruritus und Kraurosis vulvæ : Allgem. med. Centr. Ztg. Berl., 1895, l. XIV, 97-99.

Longyear. — Kraurosis vulvæ. Am. J. Obst. N.-Y., 1893, XXXII, 823-829.

Louradour. — Contribut. à l'étude du cancer primitif du clitoris. Thèse de Bordeaux, 1895, n° 64.

Pichevin et *Pettit.* — Kraurosis vulvæ. Société d'Obst. et Gynécol. de Paris, 1898, 72-81.

— Semaine gynécologique, 1897, 49-51.

Peter. — Uber Kraurosis vulvæ. Monatschreib. f. Geburtsch. u. Gynæk. Berlin, 1896, 305-308.

Gördes. — Ein Fall von Kraurosis vulvæ Monatschr. f. Geb. u. Ginæk., Berlin, 1896, 297-304.

Pfammenstiel. — Eine vulva vor 10 Tagen, wegen Kraurosis ampurtirt : Jahresb. D. schles. Gesellsch. f. vaterl. Cult. 1896, Breslau.

Pichevin et *Pettit.* — Leucoplasie vulvo-vaginale. Sem. gynécol., Paris, 1897.

Morelle. — Epithélioma de la vulve. Gaz. de Gynécol., Paris, 1897, XII, 281-283.

Pichevin et *Pettit.* — Un cas de kraurosis vulvæ. Journal des mal. cut. et syphil., Paris, 1897, 449-457.

Labusquière. — Du kraurosis de la vulve. Annal. de Gynéc. et d'Obstétriq. Paris, 1897, l. XLVIII, 130-146.

Pichevin et *Pettit.* — Sur un cas de kraurosis vulvæ. Journ. de Médec. de Paris, 1897, 385-388.

Leroy des Barres. — Du kraurosis de la vulve. Sem. gynéc. Paris, 1897, 114-116.

Godart. — Epith. de la vulve. Bullet. Soc. belge de Gynécol. et Obstét. Bruxelles, 1898.

Porter (J.-A.). — Kraurosis vulvæ. Tr. Michigan M. Soc. Grand Rapids, 1898, 177-184.

Caneva Zanini. — Contributo clinico alle neoplasie vulvari Prat. obstet. gynec. Milano, 1898, 35-37.

Montgomery. — Epithelioma of the vulva. Internat. Clin. Phil., 1898, 286-289.

Jung. — Breitrag zur Kraurosis vulvæ. Deutsche med. Wehnschr Leipzig u Berl., 1900, XXVI, 333-336.

Verchère. — Traitement des tumeurs de la vulve et du vagin. Médec. mod. Paris, 1900, XI, 337-339.

Himmelfarb. — Du krausoris de la vulve. Ann. de Gynéc. et d'Obstétr. Paris, 1900, 413-447.

Heller. — Ein Fall von Kraurosis vulvœ. Ztschr. f. Geburtsch. u. Gynæk. Stuttg., 1900, XLIII, 120-129.

Noble. — Report of two cases of epithelioma of the vulva. Am. J. Obst. N.-Y., 1900, XLII, 204-206.

Duret (H.). — De l'épithélioma de la vulve. In : Leçon de Cliniq. chirurg. Paris, Maloine, 1900.

Himmelfarb. — Kraurosis vulvæ. J. akush i jeusk boliez. Saint-Pétersb., 1900, 1077-1091.

Morestin. — Le cancer de la vulve. Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris, 1900, II, 1084-1085.

Ewald. — Kraurosis vulvæ N.-Yorker med. Monatschr., 1901, XIII, 209-214.

Noto. — Un caso di leucoplasia vulvare con epithelioma. Rassegna d'Obstet. e Ginec. Napoli, 1901.

Fileux. — Des tumeurs malignes primitives de la vulve. Thèse de Paris, 1901-1902, n° 363.

Darger. — Zur Kentniss der Kraurosisvulvæ. Arch. für Gynæk. Berlin, 1902, 637-657.

Jung. — Cancroïd bei Kraurosis vulvæ mit spezieller Berücksichtigung der pathologisch anatomischen verhæltnisse der letzteren. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Berlin, 1903, XVII, 983-993.

Peterson. — Primary carcinom of the vulva. Am. J. Obst. N.-Y., 1903, 793-814.

Szasz. — Ueber leukoplakische Verænderungen der vulva, ihre Beziehung zur kraurosis derselben nebst zwei Fällen von vulva carcinom Monatsch. f. Geb. u. Gyn. Berl., 1903, 1020-1043.

Patacho. — Un caso de kraurosis da vulva. Méd. Contemp. Lisb. 1903, p. 210.

Villar. — Langue vaginale. J. de Méd. de Bordeaux, 1903, XXXIII, 452.

Raymond et *Chanoz.* — Traitement par les rayons X d'un épithélioma de la vulve. Arch. d'Élect. méd. de Bordeaux, 1904, XII, 28-31.

Bender et *Daniel.* — Epithélioma primitif de la vulve. Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris, 1904, 56-58.

Reed. — A case of epthelioma of the vulva Americ. J. Obst. N.-Y., 1904, 552-556.

Pichevin. — De la dégénérescence épithéliomateuse de la leu-

coplasie vaginale. Sem. gynécol. Paris, 1904, p. 265.

Boursier. — Un cas de kraurosis de la vulve. Journ. de Méd. de Bordeaux, 1904, 349-351.

Darré et *Delaunay*. — Diagnostic clinique des ulcérations vulvaires. Gaz. des Hôp. Paris, 1904, 657-685.

Schmidleckner. — Carcinoma clitoridis gynækologia. Budapest, 1904, 195-197.

Soubeyran. — Epithélioma primitif du clitoris. Montpellier médical, 1904, 583.

Duplay. — Chorio-épithéliome du vagin. Tribune médicale. Paris 1905, p. 119.

Dittrick. — Epithelioma of the vulva: a report of six cases with a review of the litterature. Am. J. M. Sc. Phila. et N.-Y., 1907, 277-304.

Mc. Kenny. — Carcinoma of the vulva of a mare V. et J. London, 1906, n. s., 643.

Pauchet. — Les inflammations vulvaires : diagnostic et traitement. Revue prat. de Gynéc., d'Obstét. et de Pédiâtrie, 49-52.

Delfino. — Contributo allo studio del sarcoma primitivo della vulva. Archiv. di Ostet. e Gynec. Napoli, 1906, 771-784.

Leredde et *Martial*. — Rapport de la lichénification, de la leucoplasie vulvaire et du kraurosis. Rev. génér. de Cliniq. et de Thérap. Paris, 1906, 789-791.

Jonhson (W.). — Cancer of the vulva. Boston M. et S. J., 1907, 398.

Morestin. — Leucoplasie vulvaire. Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syphil. Paris, 1907, 49-51.

Arnoux. — Contribution à l'étude du kraurosis vulvæ. Rev.

pratiq. d'Obstétr. et de Gynécologie. Paris, 1907, 168.

Abadie. — Leucoplasie vulvaire avec épithélioma du clitoris : rapports avec le kraurosis. Ann. de Gynéc. et d'Obst. Paris, 347-349.

Bouchacourt. — Contribution à l'étude du kraurosis vulvæ. Revue pratique d'Obst. et de Gynéc. Paris, 1907, 168.

Vérani. — Leucoplasie et kraurosis. Thèse de Paris, n° 124, 1905-1906.

Nonique. — Le kraurosis vulvæ. Thèse de Paris, n° 526, 1904-1905.

Allegrini. — Kraurosis vulvæ. Riv. veneta di Sc. med. Venezia, 1904, 533-552.

Jayle et *Bender.* — Deux cas de kraurosis vulvæ. Bull et Mém. de la Soc. anatom. de Paris, 1905, 626-630.

Lewers. — Three cases of epithelioma of the vulva. Am. J. Obst. New-York, 1906, 113-115.

Broothers (A.). — What is kraurosis vulvæ ? Post graduate. New-York, 1906, 235-246.

Jayle (F.). — Le kraurosis vulvæ. Presse médicale, 1906, 597-600.

Vedeler. — Kraurosis vulvæ. Norsk. Mag. f. Lægevidensk. Kristiania, 1906, 1094-1096.

Serafini. — Note clinico sull epithelioma primitivo della vulva. Gazz. d. osp. Milano, 1906, 1225-1228.

Jayle. — Le kraurosis vulvæ. Revue de Gynécologie et Chirurgie abdom. Paris, 1906, 633-668.

Pichevin. — Quelle est la nature de la leucoplasie et du kraurosis de la vulve ? Sem. gynéc. Paris, 1906, p. 249.

Bartels. — Ueber kraurosis vulvæ. Thèse de Bonn., 1892.

Trespe. — Beitrag zur Kraurosis vulvæ. Archiv. f. Gynæk., 1902, p. 637.

Perrin. — Rapports du kraurosis et de la leucoplasie vulvaire. Annal. de Dermat. et Syphil., 1901, p. 23.

Martin (A.). — Kraurosis vulvæ. Centralblatt f. Gynecol., 1894.

Pfammenstiel. — Amputatio vulvæ wegen Kraurosis Allgem. medic. Centralblatt, 1896, n° 36.

Milian. — La leucoplasie. Gaz. des Hôpitaux, 1906, n° 51, p. 603.

Le Dentu. — Des rapports de la leucokératose avec l'épithélioma. Revue de Chirurgie, n° 12, 1896.

Pozzi. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire. 4e édition, 1907.

Imp. de la librairie A. Leclerc, 19, rue Monsieur-le-Prince, Paris.


MULIER TOTA IN UTERO